



**PAULA ROSA
AMARAL COSTA
MARQUES**

**O contributo dos gabinetes de comunicação para a
imagem organizacional dos hospitais: o caso do
Centro Hospitalar do Baixo Vouga**



**PAULA ROSA
AMARAL COSTA
MARQUES**

**O contributo dos gabinetes de comunicação para a
imagem organizacional dos hospitais: o caso do
Centro Hospitalar do Baixo Vouga**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo, Professora Adjunta da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda da Universidade de Aveiro.

À minha família.

o júri

presidente

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Maria Cristina Gonçalves Guardado
Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo
Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À minha família por todo o apoio e incentivo, amor e compreensão. Desde os meus pais, Jaime e Idália, o meu marido Paulo, os meus filhos Eduarda e João, o meu enteado Manuel, a minha irmã Débora e o meu cunhado Hugo, todos contribuíram de alguma forma para que fosse possível realizar este trabalho.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga por ter permitido a realização do estágio no Gabinete de Comunicação do CHBV e a todos os profissionais que me acolheram e participaram neste estudo. Muito Obrigada!

Às profissionais do Gabinete de Comunicação que me acolheram e se mostraram sempre disponíveis para me ajudar em tudo o que precisei. Este trabalho tem muito dos vossos contributos. Rosa, Patrícia, Daniela e Catarina, Obrigada pela paciência e pela amizade!

Um agradecimento especial à minha orientadora professora Ana Melo, pela orientação e disponibilidade ao longo do estágio e elaboração do relatório final. É uma excelente profissional, dedicada e acessível que me ajudou a concretizar este trabalho e a concretizar esta etapa académica.

palavras-chave

Comunicação, Comunicação Organizacional, Saúde, Gabinete de Comunicação, Público Interno, Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

resumo

A empresarialização da Administração Pública, nomeadamente no setor da saúde, sob a égide da Nova Gestão Pública veio colocar novos desafios às instituições públicas, no sentido de desenvolverem a sua atividade com eficiência e eficácia orientadas para a satisfação dos cidadãos, e respondendo às exigências da situação económica em que o país se encontra.

O presente estudo pretende perceber de que forma os novos serviços, criados à luz desta nova filosofia, como os Gabinetes de Comunicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, neste caso concreto, o Gabinete de Comunicação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. tem desenvolvido a sua atividade e contribuído para a construção e consolidação da imagem organizacional da organização.

Recorre-se a uma abordagem qualitativa uma vez que este tipo de investigação permite uma compreensão mais ampla do fenómeno em estudo. Para além da observação participante e da análise documental foram realizadas entrevistas semiestruturadas para apreender as percepções dos profissionais sobre o trabalho desenvolvido pelo gabinete de comunicação.

No fim são apresentadas as conclusões, analisando o contributo do GC para a imagem organizacional do CHBV e identificando as necessidades de comunicação interna não cobertas ou que necessitem de ser melhoradas no CHBV, com o intuito de traçar novas estratégias que contribuam para atingir as metas e objetivos de comunicação da instituição.

keywords

Communication, Organizational Communication, Health, Communication Office, Internal Audience, Baixo Vouga Hospital Center.

abstract

The corporization of the Public Sector, especially in the health sector, under the aegis of the New Public Management, presented new challenges to public institutions, in order to develop their activity with efficiency and effectiveness oriented towards citizens' satisfaction, and responding to the demands of economic difficult of Portugal.

This study intends to understand how the new services, created in the light of this new philosophy, such as the Communication Offices in the institutions of the National Health Service, in this specific case, the Communication Office of Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. has developed its activity and contributed to the construction and consolidation of the organizational image of the organization.

A qualitative approach is used since this type of research allows a broader understanding of the phenomenon under study. In addition to the participant observation and the documentary analysis, semi-structured interviews were carried out to capture the perceptions of the professionals about the work developed by the communication office.

Finally, the conclusions are presented, analyzing the contribution of the CG to the organizational image of the CHBV and identifying the internal communication needs that are not covered or that need to be improved in the CHBV, in order to outline new strategies that contribute to achieving the goals and communication objectives of the institution.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. Pertinência do tema e objetivos do relatório de estágio	5
2. Abordagem metodológica	11
3. Estrutura do relatório de estágio	15

PARTE I - Enquadramento teórico-conceitual

1. A comunicação na administração pública	17
1.1. Conceito de comunicação organizacional	17
1.2. Públicos	18
1.2.1. Públicos externos	18
1.2.2. Públicos internos	19
1.3. Gestão da comunicação interna	21
1.4. Imagem organizacional	22
2. A comunicação no sector da saúde	26

PARTE II - Trabalho empírico

1. Estágio	31
2. Metodologia	42
3. Apresentação e análise dos dados	46
3.1. Atividades desenvolvidas pelo GC observadas no estágio	46
3.2.1. Conhecimento do trabalho desenvolvido pelo GC	49
3.2.2. Perceção da comunicação interna no hospital	50
3.2.3. Meios e canais de comunicação	51
3.2.4. Política do elogio	53
3.2.5. Sugestões de melhoria dos entrevistados	54

4. Discussão dos resultados	56
CONCLUSÕES	
1. Reflexões finais	59
2. Sugestões de melhoria	60
3. Limitações do estudo	63
4. Pistas para trabalhos futuros	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do Centro Hospitalar do Baixo Vouga	38
Figura 2 - Mapa de Pessoal - Total por tipo de vínculo 2018	39

Lista de Siglas

CA – Conselho de Administração

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

CSH – Ciências Sociais e Humanas

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

GC – Gabinete de Comunicação

HIP – Hospital Infante D.Pedro

NGP – Nova Gestão Pública

NPM – New Public Management

OMS – Organização Mundial de Saúde

RGGCRP – Regulamento Geral do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

INTRODUÇÃO

1. Pertinência do tema e objetivos do Relatório de Estágio

A década de 80 do século XX afigura-se como um marco para a Administração Pública que tem vindo a sofrer alterações com a assunção de um modelo de gestão denominado *New Public Management* (NPM) ou Nova Gestão Pública (NGP) (Pollitt e Bouckaert, 2004).

As alterações contemplam medidas que visam a desburocratização, abandonando-se o modelo Burocrático e aproximando os serviços públicos dos cidadãos. Assim, sucessivamente, os governos têm elaborado políticas cada vez mais orientadas para a satisfação dos cidadãos e que promovam a eficiência e eficácia, baseando-se nos princípios da Nova Gestão Pública e respondendo às exigências dos cidadãos e à situação económica em que o país se encontra (Madureira, 2015; Nunes, 2012).

Fazendo uma análise evolutiva desde o século XX até à atualidade, constata-se que as mudanças e reformas ocorridas nos diversos modelos de Administração Pública provocaram também transformações no processo comunicacional com os cidadãos.

No modelo *Weberiano* ou Burocrático podem-se observar características como a hierarquização da autoridade, a formalidade das comunicações e impessoalidade das relações profissionais, que correspondem predominantemente a um modelo de comunicação semelhante aos Modelos de Base Linear ou de Informação¹, ou seja, a forma de comunicar apresenta uma dissociação entre as funções do emissor e do recetor, limitando a comunicação a uma mera transmissão da mensagem num único sentido entre emissor e recetor, não havendo lugar a *feedback* (Freixo, 2006).

O modelo preconizado por Max Weber primava pela unidirecionalidade na comunicação, tanto ao nível interno, com uma hierarquização extrema, no sentido *top-down*, e com uma divisão e especialização de funções que inviabilizava a comunicação no sentido horizontal, entre departamentos, como ao nível externo, onde a comunicação se limitava à transmissão de mensagens entre a Administração Pública e o cidadão, sendo este último apenas recetor. Noveili (2006) considera que este fluxo de

¹ Os Modelos de Base Linear são modelos de Comunicação, que têm Harol Lasswell, Claude Shannon e Warren Weaver como precursores.

comunicação externa limita-se ao processo de informação, sendo muito ténue o grau de envolvimento da sociedade.

Na transição do Modelo Burocrático, a preferência pela gestão privada em detrimento da gestão pública e a alteração da forma de encarar o cidadão, que passa a ser visto como cliente, leva à consciencialização da necessidade de se obter *feedback* sobre o que os clientes pensam sobre os serviços prestados pela Administração Pública e o que esperam dela. Para tal recorrem-se a inquéritos de satisfação, que, de acordo com Noveili (2006), são “*Modelos de Consulta*”, onde o processo de comunicação é horizontal com o intuito de obter *feedback* dos cidadãos/clientes. Apesar de reconhecer um nível relativo de participação nesta interação, o autor considera que existe uma assimetria neste processo comunicativo (Noveili, 2006).

O *New Public Management*, enquanto nova forma de Administração Pública, preconiza a eficiência e a eficácia com um ênfase especial nos resultados e na satisfação do cliente, sendo a obtenção de *feedback* essencial. Pode enquadrar-se esta forma de comunicação nos Modelos de Base Cibernética ou Circular², denominados cibernéticos por incluírem o elemento da retroação no processamento da informação (Freixo, 2006).

O surgimento de críticas à prática do modelo de gestão privada na Administração Pública levou alguns autores a procurar formas de administração alternativas. “No início do presente século, académicos da área da Administração Pública começaram a pôr em causa de forma mais sistemática a rigidez dos modelos até aqui existentes, fossem estes mais afetos à tradição burocrática, à teoria da liderança política ou à corrente managerialista” (Madureira, 2004, *apud* Madureira e Rodrigues, 2006:157).

O conceito de *Governance* surge como uma alternativa à Nova Gestão Pública, advogando uma cidadania participativa e tirando o máximo proveito do sistema de redes, onde as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) se enquadram, potenciando a interação entre os diferentes atores sociais, independentemente da sua localização geográfica (Castells, 2005).

A difusão dessas novas tecnologias na era da informação, sobretudo da Internet, torna quase obsoletas algumas teorias e modelos de comunicação tradicionais, que deixam de ter aplicabilidade, uma vez que os meios de comunicação digitais proporcionam novas formas de comunicação, o que obriga a uma visão mais complexa

e dinâmica do pensamento comunicacional. Esta forma de comunicar em redes é amplamente estudada por alguns autores, nomeadamente por Manuel Castells, que, desde a década de 90, se tem destacado enquanto teorizador da mudança social na era digital (Castells e Cardoso, 2005).

Refletindo sobre o impacto que as TIC tiveram na sociedade e, de uma forma particular, na Administração Pública, alterando a forma de comunicar e interagir com o cidadão, Madureira e Rodrigues referem que “ (...) hoje, mais do que no passado, mergulhada em pleno século XXI, a Administração Pública foi forçada a tornar-se sensível a variáveis não equacionadas até ao presente. Com efeito, administrar o setor público passa por fazer uma gestão de redes complexas, compostas por atores diversos (com aprendizagens, expectativas e comportamentos diferenciados), por grupos de pressão, grupos políticos, instituições sociais e empresas privadas. Existindo conflitos de interesses entre estes atores, a gestão pública deve ser capaz de os gerir, não devendo impor unilateralmente a sua vontade” (Madureira e Rodrigues, 2006: 157).

Têm sido inúmeras as reformas no setor público português desde a crise financeira e económica dos anos 80, com a intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI) e da OCDE para equilibrar as finanças públicas e com recomendações relativas ao modelo de gestão da Administração Pública. As reformas do NPM foram aplicadas transversalmente a toda a Administração Pública, sendo que, no sector da saúde se adotou um modelo de gestão centrado no novo cliente, havendo a preocupação com a satisfação das suas necessidades (Nunes e Harfouche, 2015).

Moreira *et al.* (2009), no documento emitido pela OCDE, refere-se a um estado mais magro e mais competitivo, referindo, ao mesmo tempo, a importância de tornar a Administração Pública mais responsável para as necessidades dos cidadãos, flexível e transparente, ou seja, assume a visão da Nova Gestão Pública que tem como principais *guidelines* instituições e modelos de gestão mais direcionados para os cidadãos e para a sociedade civil, fomentando a *accountability* e transparência entre os vários agentes (OCDE, 2009).

Na aplicação do modelo de gestão *New Public Management*, incluem-se novos conceitos como *governance*, *accountability*, *responsiveness*, ética no serviço público e participação assente num modelo gestor baseado na transparência, imparcialidade e

² Wilbur Schramm e Jean Cloutier são os autores principais dos chamados Modelos de Base Cibernética.

neutralidade do setor público (Antunes *et al.*. 8.º Congresso Nacional de Administração Pública. INA. 2011: 191-217).

As sucessivas reformas no setor público influenciaram o debate sobre as funções do Estado e os seus modelos de administração, repercutindo-se na adoção do modelo de gestão utilizado no setor privado, diminuindo, assim, a intervenção do Estado. Esta incorporação do modelo de gestão managerialista levou, por exemplo, a consequentes alterações do regime jurídico dos hospitais públicos em Portugal, que provocaram alterações progressivas e profundas nos modelos de gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Assim, as reformas do setor público da saúde em Portugal refletiram a aplicação de conceitos do *New Public Management*, vigorando atualmente a alteração do regime jurídico aprovado pela Lei n.º27/2002, de 8 de novembro, que institui as mudanças na natureza dos hospitais públicos que passaram a ser entidades público-empresariais (EPE). Esta alteração legislativa, ocorre no setor público hospitalar no sentido da transformação de setor público administrativo (SPA) para entidades público empresarial (E.P.E.) (Correia, 2009).

As alterações verificadas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde vão ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que colocou ênfase nas necessidades de saúde dos cidadãos, no processo de participação e nos riscos financeiros que são acautelados. Assim, foram introduzidos novos conceitos, para além destes, para a melhoria da eficiência, que foram a prestação de cuidados, os profissionais de saúde, a informação, os produtos médicos, o financiamento e a liderança e governação (CHBV, 2009).

A nível dos estatutos jurídicos dos hospitais públicos em Portugal, salientam-se as alterações na área gestionária no que se refere à autonomia das competências e à centralização, equiparando-as ao modelo de gestão do setor privado. Os utilizadores dos cuidados de saúde adquirem a denominação de clientes ou consumidores, assumindo, assim, uma posição de relevo, de parte interessada e ativa, em quem se focam e a quem se dirigem as instituições, incentivando a presença nas escolhas, da participação dos cidadãos e da sociedade civil (CHBV, 2009).

A empresarialização dos hospitais representa a tentativa de introduzir uma gestão na qual se evidencia o controlo dos custos, produtividade, flexibilidade, autonomia de gestão e responsabilização pelos resultados. A implementação da gestão

tipo empresarial no setor público na área da saúde foi feita com base na descentralização de competências e de responsabilidades e racionalização de custos, assumindo os princípios *economy*, *efficiency* e *efficacy* que caracterizam o managerialismo (Correia, 2009).

Com o intuito de auxiliar as unidades hospitalares na transição para o novo regime jurídico de empresarialização, foi criada, por resolução do Conselho de Ministros³, a Unidade de Missão Hospitais SA que, em 2005, criou a necessidade de o Hospital Infante D. Pedro SA – HIP SA, a par com outras unidades envolvidas no processo de transição para EPE, se dotarem de um Gabinete de Comunicação e Relações Públicas.

As diretivas do Ministério da Saúde incluíram uma lista de atribuições onde foram discriminadas as funções atribuídas aos Gabinetes de Comunicação e Relações Públicas, sendo fundamental que as organizações públicas estabeleçam uma estratégia de comunicação integrada que articule a comunicação interna com a comunicação externa.

Considerando que o desenvolvimento e a implementação dessa estratégia de comunicação compete aos gabinetes de comunicação, que têm como função principal estabelecer a comunicação de uma forma bilateral, com o propósito de criar e manter uma imagem de eficácia e credibilidade junto dos vários *stakeholders* (internos e externos), e, considerando que não existe nenhum trabalho efetuado até à data que reflita o contributo do Gabinete de Comunicação do Centro Hospital do Baixo Vouga (CHBV) para a melhoria da imagem organizacional junto dos seus públicos, nomeadamente em termos de comunicação interna, torna-se pertinente realizar esta investigação para perceber: se as funções desempenhadas pelos gabinetes de comunicação hospitalares diferem muito entre si e em que pontos; quais as funções atribuídas ao Gabinete de Comunicação do Centro Hospital do Baixo Vouga e em que áreas; quais as funções efetivamente desempenhadas pelo Gabinete e em que áreas; como é percecionado o funcionamento do Gabinete pelos públicos internos, nomeadamente no que concerne à comunicação interna e por último, perceber que ações podem ser implementadas no sentido de melhorar o contributo dos gabinetes de comunicação para a consolidação da imagem organizacional da instituição.

³ Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro.

Assim, a presente investigação que será desenvolvida em contexto de estágio no Gabinete de Comunicação do CHBV, terá como tema o trabalho do Gabinete de Comunicação e o seu contributo na construção e consolidação da imagem organizacional da instituição.

2. Abordagem Metodológica

A investigação em ciências sociais pode originar a produção de novo conhecimento científico, mas também pode servir para “compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a refletir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 16).

A elaboração de uma abordagem metodológica contribui para uma organização prévia do trabalho de investigação a ser desenvolvido de forma a obter resultados o mais satisfatórios possível. No entanto, é de ressaltar que na investigação em ciências sociais não existe uma metodologia única, pois cada investigação tem as suas próprias especificidades. “Uma investigação social não é, pois, uma sucessão de métodos e técnicas estereotipadas que bastaria aplicar tal e qual se apresentam, numa ordem imutável. A escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho variam em cada investigação específica” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 18).

Na delimitação do objeto de estudo deste trabalho, para além da pertinência científica, foi tido em conta o critério de familiaridade, ou seja, considerou-se a vantagem de empreender o trabalho numa área ligada à experiência e formação anterior da mestranda – Comunicação -, ainda que perfeitamente enquadrada no Mestrado em Administração e Gestão Pública.

Definida a área de estudo optou-se por uma abordagem qualitativa por ter como objeto de estudo as intenções e situações. Fortin (2003) considera que a investigação qualitativa permite “(...) uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. (...) O objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar.” (Fortin, 2003:22). Concetualmente, Coutinho (2011: 26) define-a da seguinte forma: “(...) trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo.” A autora reforça esta definição citando outros autores como Mertens (1997), que refere que a investigação

qualitativa “tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias ao fenómeno estudado” (Mertens 1997:160 *apud* Coutinho, 2011: 26).

A formulação da pergunta de partida é o próximo passo e é feito tendo em atenção qualidades como a clareza, a exequibilidade e a pertinência, de forma a servir de fio condutor a todo o trabalho posterior. A pertinência desta investigação foi definida numa recolha de informações prévia realizada junto do Gabinete de Comunicação, tendo sido levantadas algumas questões que conduziram à formulação da pergunta de partida. Este trabalho prévio é importante porque a formulação da questão inicial contribui para uma pesquisa objetiva e para a definição do rumo da investigação. “(...) O problema tem a importante função de focalizar a atenção do investigador para o fenómeno em análise, desempenhando o papel de “guia” na investigação.” (Coutinho, 2011: 45). Neste projeto de investigação a pergunta de partida é: *Qual o contributo do Gabinete de Comunicação na imagem organizacional do Centro Hospitalar do Baixo Vouga?*

Relativamente à revisão bibliográfica, Quivy e Campenhoudt (1998) aconselham a “(...) selecionar muito cuidadosamente um pequeno número de leituras e de se organizar para delas retirar o máximo proveito (...)” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 51).

A revisão da literatura é essencial para a identificação do que já foi estudado sobre o tema e para a definição de conceitos de forma a estabelecer um paralelo entre o que já foi estudado e o que se pretende investigar, o que também contribui para a credibilização da investigação atual (Coutinho, 2011).

De acordo com Coutinho (2011) algumas das funções da revisão bibliográfica são:

1. Ajudar a centrar e refinar o problema, ao informar o leitor do que já foi feito até ao momento e do que se sabe com relação ao tema da pesquisa.
2. Aprofundar o conhecimento do problema e desenvolver o seu significado. Isto consegue-se mediante a análise da investigação anterior e permite justificar por que razão é necessário ampliar o conhecimento existente.
3. Analisar os métodos de investigação utilizados por outros investigadores para investigar o tema.
4. Identificar possíveis resultados contraditórios na investigação prévia.

5. Sugerir ideias e procedimentos metodológicos para planificar a investigação empírica.
6. Proporcionar ao investigador informação recente e atual sobre o problema que investiga (Coutinho, 2011: 56).

O trabalho prevê ainda a realização de entrevistas semiestruturadas, direcionadas para interlocutores designados como *testemunhas privilegiadas* que são pessoas que, pela posição que ocupam, possuem informações privilegiadas e relevantes para a investigação. Fortin (2003) refere que “as entrevistas devem ser realizadas junto de pessoas que estejam imersas na cultura estudada e que dominem perfeitamente a sua linguagem: são essas pessoas, mais do que o investigador, que são consideradas como peritos conhecedores da cultura” (Fortin, 2003:154). Relativamente à técnica de amostragem será não probabilística e recorrer-se-á a um tipo de amostra intencional, entrevistando diversos responsáveis em vários serviços, representativos dos colaboradores que compõem a organização onde decorre o trabalho de investigação. (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Uma outra fonte de dados importante nesta etapa foi a investigação etnográfica que consiste na observação participante durante o tempo em que decorreu o estágio (aproximadamente seis meses). Assim, e considerando o facto da pesquisa qualitativa ser indutiva, no sentido de permitir desenvolver conceitos, ideias e teorias a partir dos comportamentos observados, considera-se ser este o tipo de pesquisa mais adequado ao trabalho de investigação proposto.

“Para a obtenção e análise dos dados, utilizam-se, preferencialmente, técnicas de observação, cujo objetivo é recolher os dados no meio natural em que ocorrem (observação naturalista) com a participação ativa do investigador (observação participante) ou participação mediatizada (observação participativa)” (Coutinho, 2011: 27).

A observação no terreno é direcionada para o contexto do estudo e tem como finalidade recolher informação que permita responder à pergunta de partida do trabalho de investigação.

Seguidamente apresenta-se a formulação da problemática. Esta etapa é, no entender de Quivy e Campenhoudt (1998), crucial para a investigação pois “dá à investigação a sua coerência e potencial de descoberta. Permite estruturar análises sem

as encerrar num ponto de vista rígido” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 100). No caso de estudo, a elaboração da problemática deverá servir para elucidar sobre a perspectiva teórica a adotar para responder à questão colocada na etapa um. O ponto de partida para a elaboração da problemática será a análise das funções atribuídas ao Gabinete de Comunicação do CHBV que se encontram definidas no regulamento interno do serviço (Quivy e Campenhoudt, 1998).

No entanto, e porque uma investigação normalmente aporta outras informações para além das esperadas inicialmente, esta análise de informações também tem como função a interpretação desses dados, o que conduzirá a uma melhoria do modelo de análise ou à elaboração de pistas de reflexão e investigação futuras. Desta etapa também se podem deduzir ensinamentos que podem ser extrapolados para outras investigações (Quivy e Campenhoudt, 1998).

O procedimento de investigação culmina com a apresentação das conclusões. Esta é uma parte substantiva do relatório, que deverá refletir e apresentar de uma forma clara os resultados alcançados, ou seja, os novos conhecimentos adquiridos e quais as consequências práticas desses resultados.

A conclusão deve apresentar uma retrospectiva do procedimento seguido com a pergunta de partida definitiva, a justificação dos métodos de recolha de informação utilizados e o resultado dos dados efetivamente colhidos. Nas conclusões da investigação também devem constar os novos conhecimentos adquiridos que podem ser complementares aos existentes, novos ou corretivos a serem apresentados como sugestões de melhoria (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Assim, espera-se que na conclusão da presente investigação se possa aferir sobre o contributo do Gabinete de Comunicação do CHBV para a imagem organizacional, quais os procedimentos a manter e, caso existam, identificar quais os procedimentos que deverão ser evitados por não contribuírem positivamente para uma boa imagem da organização.

No desfecho desta abordagem metodológica convém referir que na aplicação desta metodologia serão observados os princípios éticos pelos quais se devem reger todas as investigações científicas.

3. Estrutura do Relatório de Estágio

O início do relatório apresenta uma parte introdutória onde é apresentado o tema, a sua pertinência e as razões que levaram à escolha do mesmo. Segue-se uma apresentação dos objetivos gerais e específicos e da abordagem metodológica.

O corpo do relatório encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte faz o enquadramento teórico-conceitual, abordando a reforma e modernização da Administração Pública sob a perspetiva comunicacional, ou seja, a forma como a comunicação pública evoluiu a par da evolução dos Modelos Teóricos da Administração Pública. Nesta parte importa apresentar a definição de alguns conceitos como o de Imagem Organizacional de forma a contextualizar o restante trabalho teórico. Esta análise permitirá perceber alguns conceitos explorados ao longo da investigação: “a investigação depende da teoria pelo facto de que esta dá um significado aos conceitos utilizados numa situação de investigação.” (Fortin, 2003: 23). A comunicação no sector da saúde será também um tema abordado nesta parte do relatório pois trata-se de uma área de serviço público sensível que requer uma abordagem comunicacional específica.

Na segunda parte será discutido o trabalho empírico realizado. Após uma apresentação resumida da entidade de acolhimento e de uma apresentação mais pormenorizada do Gabinete de Comunicação do CHBV, apresenta-se um levantamento, o mais exaustivo possível, das funções dos gabinetes de comunicação e apresentam-se as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a metodologia utilizada no estudo empírico realizado e os dados recolhidos, que serão devidamente analisados e discutidos.

No fim do trabalho apresentam-se as considerações finais, sugerindo algumas estratégias de comunicação que possam contribuir para atingir as metas e objetivos de comunicação da instituição. São ainda apresentadas as limitações do estudo e pistas para um possível trabalho futuro.

PARTE I

Enquadramento teórico-conceitual

1. A Comunicação na Administração Pública

“Comunicar é um processo simples, inclusivamente utilizado por recém-nascidos, e, ao mesmo tempo, uma arte, explorada até ao mais ínfimo pormenor pelos profissionais do marketing e da comunicação” (Brochand, 1999:39).

1.1. Conceito de Comunicação Organizacional

A comunicação é uma forma de interação entre dois seres distintos, e o suporte dessa interação é a troca de informação. Nesse sentido muito geral, é forçoso reconhecer que a comunicação ocorre, com maior ou menor grau de sofisticação, em todas as formas de vida. Uma das características distintivas dos organismos vivos é a sua capacidade de intercâmbio e processamento de informação (Castro, 2007).

“A comunicação organizacional abrange todas as formas de comunicação utilizadas pela organização para relacionar-se e interagir com os seus públicos.” (Bilhim, 2006: 361). Assim, considera-se Comunicação Organizacional toda a comunicação desenvolvida nas organizações e que habitualmente se distingue da Comunicação Empresarial por esta última ser a comunicação realizada no âmbito das empresas e ter como objetivo primordial, independentemente de serem públicas ou privadas, gerar lucro. O objetivo primordial da comunicação consiste em prestar um serviço de qualidade em relação ao público a que se dirige (Lampreia, 1998).

“A comunicação exige que quem disponha de informação a utilize. Quando os indivíduos e os grupos, usando a informação, se tornam mais capacitados, mais potenciados e habilitados a tirar partido das novas oportunidades que se encontram à sua volta, a informação transforma-se em comunicação e conhecimento.” (Bilhim, 2006: 365).

A Comunicação Organizacional é uma atividade que labora com o corpo social da organização e, por isso, deve ser exercida não só na organização, mas também fora dela. Os públicos-alvo serão os públicos internos, de todos os níveis hierárquicos, e os públicos externos, com quem se estabelecem relações diretas e indiretas (Lindon *et al.*, 2013).

1.2. Públicos

A comunicação organizacional tem como objetivo principal o relacionamento com cada público, nomeadamente com os quais a organização interage. “Pensar a organização como sistema de comunicação é pensar a organização como um conjunto de elementos e de relações entre esses elementos.” (Bilhim, 2006: 364). Na obra Mercator XXI os públicos estão classificados de acordo com critérios de proximidade, podendo ser internos e externos (Lindon *et al.*, 2013).

1.2.1. Públicos Externos

O público externo pode apresentar uma divisão muito variada, considerando-se, regra geral, quatro públicos-chave, adaptados a qualquer tipo de atividade e que podem constituir, por si só, uma especialização. São eles:

- a) **Público governamental** – Constituído pelos membros do governo, deputados, corpo diplomático, forças armadas, partidos políticos e o público municipal ou de inspeção. Fazem também parte deste público as pessoas que trabalham na Administração Pública e que têm qualquer tipo de relação com a organização;
- b) **Órgãos de comunicação social** – Esta especialização encarrega-se de contactar com a imprensa, rádio e televisão;
- c) **Comunidade** – Composta por todos os elementos que vivem ou convivem na área de influência da organização;
- d) **Consumidores** – Também designados por utentes, no caso de serviços públicos (Lampreia, 2007).

Segundo o critério de proximidade da organização, consideram-se públicos externos:

- Fornecedores;
- Clientes;
- Concorrentes;
- Comunidades envolventes;
- Associações patronais representativas;

- Sindicatos;
- Órgãos de comunicação social;
- Estado e Governo;
- Tutelas;
- Entidades fiscalizadoras;
- Instituições de ensino e formação profissional;
- Mercados de mão-de-obra;
- Acionistas (Lampreia, 2007).

A adaptação da mensagem ao público a quem se dirige é essencial para que a sua receção esteja de acordo com o objetivo. Deve-se ter especial cuidado com o tipo de linguagem utilizada, assim como com os meios técnicos utilizados, para que o interesse da mensagem seja mantido e para que haja continuidade na comunicação. Cada público tem as suas características e interesses específicos e espera formas de tratamento diferenciadas e informações que possa compreender.

Independentemente da forma como se constrói a mensagem face ao público específico, haverá sempre que manter a identidade e a imagem de organização (Lampreia, 1998).

1.2.2. Públicos Internos

A comunicação interna tem um papel decisivo na atuação das organizações. Não é suficiente ter bons profissionais, é também necessário que exista comunicação entre eles. A comunicação interna é a grande responsável por transmitir informações e transformar os colaboradores em parceiros interessados e informados (Cutlip *et al.*, 1985).

O público interno é constituído por todos os trabalhadores efetivos da organização, desde os colaboradores de base à administração de topo. É sobre o público interno que a comunicação deve agir primariamente, devendo aplicar-se e desenvolver esforços para criar uma boa imagem da organização (Lindon *et al.*, 2013). Com efeito, o maior recurso de uma organização são os seus colaboradores, os seus recursos humanos. Organizações de sucesso valorizam em primeiro lugar os seus recursos humanos (Cutlip *et al.*, 1985).

O desenvolvimento tecnológico veio confirmar isso mesmo. Apesar da tecnologia substituir muita mão-de-obra, e de ter até sido considerada uma ameaça aos postos de trabalho ocupados por pessoas, ao analisar-se uma organização são as pessoas e não os computadores ou outros equipamentos que fazem a diferença entre uma organização bem-sucedida ou uma organização falhada (Cutlip *et al.*, 1985).

A importância da comunicação interna na administração pública é referida por vários autores, como Ilona Kovács (1991), citado por Rocha (2009), que refere que a modernização, para além de implicar uma mudança nas organizações para as tornar mais flexíveis, também implica a adoção de uma política de recursos humanos que tenha como característica o empenho e a participação dos trabalhadores da Administração Pública (Rocha, 2009).

Lindon (2013) divide os públicos internos em três grandes grupos:

- a) **Acionistas** – existem acionistas que participam ativamente na organização. São eles que determinam o investimento na organização pelo que se tornam decisivos nos momentos de tomada de decisões que devem ter por base informação pertinente de todos os setores da organização;
- b) **Administradores / Gestores** – aqui estão também englobados os quadros superiores e intermédios constituídos por chefes de administração, chefes de secção e a chefia de topo de onde emana a política a ser desenvolvida pela organização. É de extrema importância que a comunicação flua transversalmente entre os órgãos diretivos para que as decisões sejam tomadas com conhecimento de todos os factos;
- c) **Colaboradores** – são a base do sucesso da organização. Integram as equipas de acordo com as suas funções e merecem ter a sua atividade devidamente respeitada e reconhecida. Para tal, a atividade desenvolvida pela comunicação promove a satisfação dos trabalhadores, pois eles percebem que o órgão diretivo os considera com a devida importância e o respeito que merecem, o que leva a dedicarem-se ao trabalho com entusiasmo (Lindon *et al.*, 2013).

Nas últimas décadas, diversas áreas das ciências sociais como a Antropologia, Sociologia, Economia e Ciência Política têm-se dedicado ao estudo de diferentes

perspetivas das organizações: uma perspetiva macro, que estuda o comportamento da organização e uma perspetiva micro que estuda o comportamento do homem na organização (Bilhim, 2006).

No caso específico dos colaboradores, questões transpostas do setor privado para o público como, a qualidade, o desempenho, a eficiência e a eficácia, vieram reforçar a atenção dada a este segmento do público interno. “As organizações centradas no exterior e no cliente o que esperam dos seus colaboradores é que façam o que for preciso para resolver o problema do cliente.” (Bilhim, 2006: 212).

1.3. Gestão da Comunicação Interna

Comunicar é imprescindível a todas as organizações. Nenhuma relação organizacional é tão importante como a relação com/entre os colaboradores de todos os níveis hierárquicos (Cutlip *et al.*, 1985).

A capacidade de criar um ambiente de trabalho satisfatório e que preencha as necessidades dos colaboradores e da organização é tão ou mais importante do que uma gestão eficiente dos recursos materiais da organização. É necessário haver uma gestão das relações comunicacionais internas em todos os sentidos, devidamente coordenadas e mediadas (Cutlip *et al.*, 1985).

O processo de comunicação interna, modernamente entendido, deve ser maioritariamente realizado e promovido pelas suas próprias áreas internas. Assim, cada área deve ser responsável pela criação e divulgação de informações pertinentes dentro do seu departamento (García, 1999).

A dinamização da comunicação deve partir de uma análise do ambiente organizacional, da identificação das suas características, e ter em conta as suas necessidades, interesses e expectativas, devendo ainda prever, para além do fluxo da informação, o envolvimento e o relacionamento de todas as partes que compõem a organização (García, 1999).

A comunicação deve ser funcional em todos os departamentos e envolver cada um dos colaboradores, comprometendo-os, de forma a garantir a colaboração de cada um. Desta forma a informação chega ao seu destino de uma forma mais ágil, clara, objetiva e eficiente, sem deturpações nem ruído o que gerará compreensão e aceitação por parte de todos (Cutlip *et al.*, 1985).

Esta política de atuação, para além de consciencializar os colaboradores sobre a cultura da organização, a sua missão, valores, políticas administrativas e procedimentos, tem em linha de conta as relações humanas, o ambiente e as oportunidades de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional de cada um (Garcia, 1999).

A comunicação com os colaboradores não pode ser deixada ao acaso ou ser feita de uma forma informal. É uma parte primária, planeada e com base num programa de gestão e, de acordo com o professor de Harvard Daniel Quinn Mills citado por Center (2008), evita os seis problemas fundamentais que provocam falhas na comunicação:

1. Os órgãos diretivos falam muito aos colaboradores e ouvem pouco;
2. Pouco do que é comunicado é entendido;
3. Muito do conteúdo transmitido é do interesse das chefias, mas não dos colaboradores;
4. Existe demasiada comunicação de propaganda;
5. Existe pouca sinceridade no que é transmitido;
6. A comunicação não traz nada de novo (Center, 2008).

1.4. Imagem Organizacional

A atividade das organizações está diretamente relacionada com os seus públicos e a sua opinião pelo que a imagem construída junto dos públicos é vital para a sua prosperidade. No mundo empresarial, a imagem é um conceito amplamente disseminado e de grande relevo estratégico, tanto para a comunicação como para a própria gestão (Vau, 2005).

A imagem é aquilo que a organização deseja transmitir, é a sombra da sua identidade. Quanto mais clara for a identidade da organização, mais coerentes serão os seus objetivos, comportamentos e ações, sendo, assim, mais fácil atingir a imagem pretendida (Lampreia, 1998).

Um dos grandes desafios para as organizações é compatibilizar a sua identidade com a sua visibilidade. A visibilidade compreende o conjunto de manifestações externas que tornam uma organização visível e perceptível aos olhos da opinião pública, não correspondendo, algumas vezes, à identidade da organização. Por vezes, o problema não está na informação fornecida mas sim na forma como é transmitida para o público. A

forma como se comunica pode influenciar negativamente a descodificação da mensagem (Lampreia, 1998).

A imagem organizacional influencia direta e indiretamente as escolhas e decisões dos seus públicos e resulta de um conjunto de ações comunicacionais planeadas e não planeadas, criadas pela organização e por influências externas (Beirão, 2008).

“De facto, independentemente da sua dimensão ou do setor de atividade em que se insere, a imagem de uma empresa é o resultado de múltiplas ações de comunicação e desempenha um papel fundamental na prossecução dos seus objetivos comerciais” (Lindon *et al.*, 2013: 355).

Existem vários elementos que influenciam a imagem institucional como o elemento humano, o elemento físico, o elemento psicológico e o elemento qualidade (Beirão, 2008).

O **elemento humano** é composto pelo conjunto de pessoas que integram a organização e as suas relações interpessoais com outros indivíduos, tanto no interior como no exterior da mesma (Lampreia, 1998).

Lampreia (1998) divide a responsabilidade na obtenção de uma imagem positiva ao referir que a responsabilidade não depende apenas do gabinete de comunicação, mas também de todos os colaboradores da organização.

Os colaboradores são um dos elementos mais preciosos na construção da imagem da organização e podem ser o melhor espelho da organização face à opinião pública. Contudo, requerem trabalho constante de integração e formação porque são muito voláteis e de grande sensibilidade às variantes externas (Lampreia, 1998).

O **elemento físico** é o conjunto do património visível e perceptível pelos outros. Está diretamente relacionado com a forma como os colaboradores se sentem no seu local de trabalho. Ao tornar o ambiente de trabalho aprazível, consegue-se mais rentabilidade e maior envolvimento dos colaboradores (Lampreia, 1998).

O espaço de atendimento ao público, a receção e as salas de reuniões constituem uma primeira imagem da organização. A sua importância é relevante para todos os públicos que contactam diretamente com a organização (Lampreia, 1998).

Uma organização, ao adotar um certo estilo de mobiliário ou de decoração, ao optar por um certo tipo de fardamento ou ao escolher o aspeto e linhas gráficas para a sua marca, está a refletir o tipo de imagem que pretende transmitir. Os elementos materiais são de extrema relevância na formação da imagem da organização, assim como os símbolos, a imagem e o logótipo (Lampreia, 1998).

A identidade possui uma dimensão tangível, mas também tem elementos culturais que influenciam a conceção, projeção e formação da imagem da organização no espírito de quem a percebe (Vau, 2005).

O **elemento psicológico** é fundamental para a formação e consolidação da imagem da organização, pois influencia a opinião pública. É um elemento que se refere a todas as ações da organização que, de alguma forma, possam influenciar o sistema cognitivo dos colaboradores e, consequentemente, a sua transmissão para o exterior (Lampreia, 1998).

Fatores diversos cruzam-se na construção da imagem da organização como as políticas de recrutamento e de formação, a receção aos novos colaboradores e a sua formação relativamente aos valores da organização são o ponto de partida para mais um colaborador satisfeito (Lampreia, 1998).

As ações de formação e a reciclagem dos colaboradores constituem outro dos elementos fundamentais na formação da imagem da organização. O facto dos colaboradores se sentirem valorizados e o foco do investimento da organização, contribui para o seu maior envolvimento nos valores e na imagem da organização que integram. De uma forma espontânea, estes colaboradores transmitirão uma imagem positiva da empresa onde trabalham (Lampreia, 1998).

Outro elemento de grande importância centra-se nas políticas sociais adotadas pelas organizações que são muitas vezes facilitadoras da integração dos colaboradores. Um bom exemplo é o caso das fábricas que possuem creches para os filhos dos colaboradores, condições especiais para os trabalhadores estudantes, turnos especiais para mães com filhos em idade escolar e ações que, de uma forma geral, facilitem a integração da gestão familiar com o trabalho na organização. Este tipo de políticas é uma mais-valia excelente para os colaboradores e para a organização em termos de imagem (Lampreia, 1998).

O **elemento qualidade** é a associação entre as características técnicas e psicológicas que permitem ao público classificar diretamente a organização e formar a sua opinião quanto aos seus produtos e serviços (Lampreia, 1998).

A prestação de um bom serviço ou a produção de um bem de qualidade são cruciais para a formação de uma imagem favorável da organização. Se a qualidade percebida for duvidosa, dificilmente se consegue criar e manter uma imagem saudável e aceitável na comunidade onde se insere. Este elemento é, desde sempre, aquele que mais atenção tem requerido por parte dos profissionais da imagem das organizações (Lampreia, 1998).

2. A Comunicação no Sector da Saúde

A reforma administrativa preconizada pela Nova Gestão Pública (NGP) entrou na agenda política desde os anos oitenta na Europa Ocidental e tinha como objetivos principais a melhoria das práticas existentes, com vista a melhorar os processos, e o aumento da eficiência, conseguido através da substituição do “Estado Administrativo” pelo “Estado Managerialista”. Estes objetivos pretendiam criar uma nova forma de relacionamento entre a Administração Pública e os cidadãos que passam a ser vistos como clientes e consumidores dos serviços públicos (Jean-Erik Lane, 1995, citado por Rocha, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se à importância da comunicação no setor da saúde para uma maior divulgação da informação, contribuindo para a literacia em saúde e, conseqüentemente, para a prevenção e promoção da individual e coletiva:

“O conceito de literacia em saúde, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), não inclui apenas o conhecimento de informação em saúde, mas também a motivação e competência dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar essa informação, a fim de tomar decisões ao longo da vida sobre o recurso a cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida” (ERS, 2016: 4).

“A comunicação em saúde é uma estratégia-chave para informar o público sobre questões de saúde e para manter importantes problemas de saúde na agenda pública. O uso dos meios de comunicação de massa e multimédia, bem como de outras inovações tecnológicas para divulgar informações úteis sobre saúde para o público, aumentam a consciência de aspetos específicos da saúde individual e coletiva, bem como a importância do desenvolvimento da saúde” (OMS, 1998: 8).

Assim, a reforma administrativa surge como um processo de mudança que visa “ajustar as estruturas e o funcionamento administrativo, em sintonia com as pressões do

ambiente político e social, ultrapassando as clivagens e falta de comunicação nas relações entre os cidadãos e a administração do Estado” (Rocha, 2009: 74).

A adoção da noção de mercado por parte do setor público implicou a equiparação dos cidadãos a clientes, ou seja, o setor público adotou os métodos e as técnicas de gestão empresarial, passando a concentrar o seu enfoque na satisfação dos cidadãos que passou a denominar de clientes (Nunes, 2015).

Rocha (2009) refere algumas das medidas que visam a melhoria do relacionamento entre os cidadãos e a Administração e que demonstram a importância atribuída à comunicação:

- Dinamização da informação, a qual inclui o marketing público que consiste na pesquisa dos gostos dos cidadãos; publicidade institucional, a qual tem por objetivo “vender” os produtos da administração; relações públicas que estão incumbidas de acolher os cidadãos, encaminhá-los dentro dos serviços e analisar as sugestões e reclamações; o aconselhamento do cidadão, serviço cuja função consiste na informação, ajuda e proteção dos cidadãos;
- Simplificação administrativa de processos, formulários e procedimentos;
- Simplificação terminológica, com o objetivo de tornar as decisões e os processos perceptíveis pelos destinatários da administração. O problema é particularmente grave no domínio das leis e regulamentos, os quais usam uma linguagem de tal forma cifrada, que os torna ineficazes ou obriga ao recurso a intermediários cuja função é traduzi-los em linguagem corrente, acessível aos cidadãos;
- Estímulo da participação dos cidadãos no processo de decisão das políticas em geral e dos procedimentos em particular. Esta política tem sido implementada através de formas institucionalizadas de participação e de concertação social, livros de reclamações, participação e direito à informação de procedimentos (Rocha, 2009: 77, 78).

Rocha (2009) refere ainda que, em Portugal, o Código de Procedimento Administrativo, o Livro de Reclamações e a Carta Deontológica do Serviço Público são manifestações desta ligação.

O regime de gestão hospitalar atual publicado na Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, espelha bem a aplicação da NGP na saúde. A lei define um novo modelo de gestão hospitalar para os estabelecimentos hospitalares tutelados pelo Ministério da Saúde e transpõe os modelos de gestão privada para o sector público através da criação de Entidades Públicas Empresarias, designação comumente abreviada para EPE.

Harfouche (2015) refere que a NGP aplicada ao sector da saúde trouxe uma abordagem de gestão semelhante à restante função pública, ou seja, com enfoque nos resultados e nos níveis de desempenho e transparência e centrada no utente. Assim, introduziram-se as ‘regras do jogo’ da gestão privada com a aplicação dos mecanismos do mercado concorrencial.

Como já foi anteriormente referido, com o intuito de auxiliar as unidades hospitalares na transição para o novo regime jurídico de empresarialização, foi criada, a Unidade de Missão Hospitais SA que, em 2005, criou a necessidade das unidades de saúde envolvidas no processo de transição para EPE, se dotarem de um Gabinete de Comunicação e Relações Públicas.

O Ministério da Saúde definiu uma lista de atribuições, discriminando as funções atribuídas aos Gabinetes de Comunicação e Relações Públicas, considerando fundamental que as organizações públicas estabelecessem uma estratégia de comunicação integrada que articulasse a comunicação interna com a comunicação externa.

Convém ressaltar que o intuito da empresarialização das unidades de saúde foi o de aumentar a eficiência, a produtividade, a qualidade e controlar os custos. “Empresarializar não significa privatizar a saúde, mas sim um processo através do qual se pretende agilizar a gestão com a finalidade de obter melhores resultados em termos de eficiência e de rentabilidade.” (Rego, 2014: 33). A transparência preconizada por esta forma de gestão obriga a que as organizações estabeleçam comunicação com os seus públicos de uma forma constante, nomeadamente no que diz respeito à comunicação pública de *accountability*.

O desenvolvimento tecnológico vem reforçar a responsabilidade das organizações, tanto ao nível da comunicação interna como da comunicação externa. “A Internet proporciona uma oportunidade ao público e profissionais de saúde de acederem a informação médica e de saúde além de melhorar a eficiência e efetividade de cuidados de saúde, em tempo útil” (Katz *et al.* 2005: 175).

É obrigatório comunicar tendo em mente que o paradigma da comunicação foi profundamente alterado nos seus pressupostos. Mauro Wolf (2006) considera que o paradigma da comunicação definido por Schultz (1982: 52), que defende que “os processos comunicativos são episódios: o início e o fim da comunicação são limitados no tempo e os episódios comunicativos têm um efeito isolável e independente”, foi alterado, passando a entender-se que a comunicação produz efeitos a longo prazo e não apenas no curto prazo em que a mensagem é veiculada (Schultz *apud* Wolf, 2006: 140).

Ao nível da comunicação interna nas organizações da administração pública, nomeadamente nas organizações de saúde e concretamente no CHBV, as TIC têm uma presença diária através da intranet, que desempenha o papel de ferramenta de trabalho e de canal de comunicação, representando atualmente a forma de comunicação intraorganizacional mais utilizada.

PARTE II
Trabalho empírico

1. Estágio

1.1. Apresentação da Entidade de Acolhimento: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

1.1.1. Breve resenha histórica

O Hospital Infante D. Pedro (HIP), EPE encontra-se atualmente integrado no Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., sendo uma Pessoa Coletiva de Direito Público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial da rede do Serviço Nacional de Saúde da Região Centro.

O HIP tem servido a população da região de Aveiro desde o século XIX, tendo passado por diversas transformações e evoluções físicas e jurídicas:

- Foi fundado em 1443 pelo Infante D. Pedro com a designação Albergaria de S. Brás.
- Em 1885 a Santa Casa da Misericórdia de Aveiro assume os cuidados de saúde, passando a Albergaria de S.Brás a designar-se Hospital da Misericórdia de Aveiro.
- Em 1895 o provedor da Santa Casa, Visconde da Silva Melo, interessou-se pela construção de um novo hospital e em 15 de Outubro de 1901 é lançada a primeira pedra para a construção do novo hospital.
- As obras concluem-se em finais de 1915, embora já em 1914 tenham sido recebidos os primeiros doentes (Blocos 1, 2, 3, 4).
- Em 1957, devido à insuficiência das instalações, dá-se início às obras para a construção de um novo pavilhão com capacidade para 106 camas (Bloco 6).
- Em 1976, procede-se a uma mudança de nomenclatura: o Hospital da Misericórdia de Aveiro passa a Hospital Distrital de Aveiro. Neste ano é também inaugurado um novo bloco (Bloco 7) que constitui hoje o atual Bloco Central do Hospital.
- Em 1979, o Dec. Reg. nº 3/79, de 24 de Fevereiro, cria o Centro Hospitalar Aveiro-Sul que compreendia o hospital de Aveiro e o hospital de Águeda.

- No ano de 1987, por força do crescimento das respetivas populações, o Dec. Reg. nº18/87 de 4 de Março autonomiza os hospitais, passando a designar-se Hospital Distrital de Aveiro.
- Em 1989, inicia-se a construção de um novo edifício (Bloco 8), obras estas que coincidiram com remodelações do Bloco 6.
- A 15 de Fevereiro de 2001 foi inaugurado o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), denominado na altura de Cuidados Intensivos Polivalentes. Nesta altura, o Hospital Distrital de Aveiro adota o nome de Hospital Infante D. Pedro, em honra de uma das figuras mais destacadas da história de Portugal.
- Em Dezembro de 2002, o Hospital Infante D. Pedro é incluído no grupo dos 31 hospitais que passaram a ter um estatuto de Sociedade Anónima, o que inevitavelmente lhe confere uma estrutura diferente de gestão e controlo pelo Estado.
- Quatro anos mais tarde, em Maio de 2006, através do Decreto-lei 233/2005 de 29 de Dezembro, este Hospital foi transformado em Entidade Pública Empresarial (EPE),

Pelo exposto, é possível constatar que o Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. tem sido alvo de mudanças desde a sua existência, mudanças essas que incluem ampliações de infraestruturas, mas também mudanças de personalidade jurídica sendo que, desde 2011⁴, integra, junto com o Hospital Distrital de Águeda e o Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (CHBV).

O Decreto-Lei n.º 30/2011, que promulga a criação do CHVB, E.P.E. justifica a reorganização do parque hospitalar “numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos – financeiros, tecnológicos e humanos – e de compatibilização de desígnios estratégicos.” e apresenta os seguintes critérios: “com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração” (Diário da República, 1.ª série — N.º 43 — 2 de Março de 2011: 1274), ou seja, rentabilizar os recursos abrangendo uma área de território maior com mais oferta mas evitando a duplicação dos serviços.

⁴ Diário da República, 1.ª série — N.º 43 — 2 de Março de 2011

1.1.2. Caracterização da instituição

O CHBV é composto por três hospitais: Hospital Distrital de Águeda, o Hospital Visconde de Salreu, em Estarreja, e o Hospital Infante D. Pedro E.P.E. e a sua área de influência abrange nove concelhos do distrito de Aveiro: Águeda, Albergaria-a-Velha, Aveiro, Estarreja, Ílhavo, Murtosa, Oliveira do Bairro, Sever do Vouga e Vagos.

1.1.2.1. Missão

O CHBV tem como missão “prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores” (CHBV, E.P.E., 2016: 3). Na missão do CHBV é possível encontrar referência aos princípios adotados pela Nova Gestão Pública como a eficiência e a eficácia: “A atividade do CHBV assegura, a cada Utente, os cuidados de que, efetivamente, carece de acordo com as melhores práticas médicas e numa lógica de governação clínica, promovendo, simultaneamente, uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.” (CHBV, E.P.E., 2016: 3).

O Serviço Nacional de Saúde elaborou uma lista de atribuições para cada um dos centros hospitalares, cabendo ao CHBV as seguintes atribuições:

- Diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, em tempo clinicamente adequado (com elevados critérios de qualidade e humanidade dos serviços prestados), nas vertentes: Internamento, Consulta Externa, Cirurgia de Ambulatório, Hospital de Dia, Meios (Complementares) de Diagnóstico e de Terapêutica, Serviço Domiciliário, designadamente;
- Internamento hospitalar restrito aos casos em que a assistência não possa ser prestada em regime ambulatorio e/ou domiciliário, viabilizando-se, sempre que se justifique, a prestação de cuidados em outro estabelecimento mais apropriado, de acordo com a atuação integrada do

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (CHBV) com outras unidades de saúde;

- Articulação sinérgica, vertical e horizontal, dos diferentes níveis organizacionais internos, independentemente da especialidade a que se dediquem;
- Acompanhamento clínico dos doentes, para além da alta hospitalar, sempre que for tecnicamente necessário;
- Melhoria contínua global para garantia da qualidade assistencial;
- Diminuição das necessidades, em saúde, desde logo para as doenças evitáveis;
- Promoção e incentivo, junto da população que o CHBV serve, da adoção de estilos de vida mais saudáveis;
- • Eficácia técnica e eficiência num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável (SNS, 2018).

1.1.2.2. Visão

O CHBV pretende ser reconhecido, na Comunidade que serve, pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência; alcançar um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico e tornar-se uma referência ao nível da formação pré-graduada e contínua (CHBV, E.P.E., 2016).

1.1.2.3. Objetivos

O regulamento interno, do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, em vigor desde 2013 define os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados em tempo clinicamente adequado e com elevados critérios de qualidade e humanidade;
- Intervir / participar na prevenção da doença;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;

- Promover o ensino, a investigação e a formação profissional (particularmente nas áreas clínicas e de apoio clínico) como condição para uma prática de excelência;
- Prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito e tendo como pressuposto o modelo “Governança Clínica”;
- Apoiar e incentivar o desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional bem como da gestão clínica num quadro de desenvolvimento económico-financeiro equilibrado e sustentável;
- Desenvolver áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- Instituir uma política de formação contínua ao nível de todos os Colaboradores;
- Promover, no âmbito da prestação de cuidados, a atuação integrada do CHBV com outras Unidades de Saúde de modo a que o Utente / Doente seja assistido e / ou acompanhado em Estabelecimento mais apropriado;
- Prosseguir uma política de responsabilização por resultados;
- Incentivar o desenvolvimento de projetos de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e / ou apoio ao domicílio de modo a minimizar o impacto da hospitalização (Regulamento Interno CHBV, E.P.E., 2016)

1.1.2.4. Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade, o CHBV, os seus Profissionais e Colaboradores regem-se pelos seguintes “Valores e Princípios”:

Responsabilidade e Transparência;

- Ética Profissional, a qual sustenta a confiança interna recíproca e a responsabilidade pública;
- Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos Direitos dos Utentes/Doentes;
- Cultura do Conhecimento e da Excelência Técnico-Profissional;
- Colocação do Doente no centro de todos os processos e decisões;
- Melhoria Contínua da Qualidade em um ambiente seguro e amigável;

- Promoção do Mérito, do Rigor e da Avaliação Sistemática;
- Atividade orientada para Resultados;
- Cultura Interna de: Multidisciplinaridade, Trabalho em Equipa e Multiprofissional;
- Satisfação dos Profissionais e Colaboradores;
- Satisfação e Confiança de Todos os seus Utentes/Doentes;
- Respeito pelo Ambiente.

O CHBV assume também como valores fundamentais, a prosseguir por qualquer Serviço Público e que são, simultaneamente, os mais frequentemente proclamados nos países da OCDE: a imparcialidade, a legalidade, a integridade, a eficiência, a transparência, a responsabilidade, a igualdade e a justiça. São também considerados determinantes as regras e os princípios da “Carta Deontológica do Serviço Público” (Resolução do Conselho de Ministro, Nº 18/93) (CHBV, E.P.E., 2016)

1.1.2.5. Estratégia

O CHVB, E.P.E. elabora um plano estratégico de ação trianual tendo como linha orientadora a melhoria da acessibilidade do utente aos serviços prestados, a reestruturação orgânica e a melhoria dos resultados de exploração.

O processo de elaboração do plano consiste numa análise SWOT para a fase de diagnóstico, definição dos eixos estratégicos e definição das ações a implementar a curto e médio prazo que potenciem os pontos fortes, minimizem os pontos fracos, tirem proveito das forças e minimizem as fraquezas.

O plano aborda diversas questões como o modelo de gestão que assenta na governação clínica, focada no doente, colocando-o no centro do sistema e identifica áreas a serem objeto de intervenção no sentido de proporcionar um melhor acesso aos cuidados clínicos e a sua respetiva humanização, aumentando a satisfação de doentes e colaboradores. A aposta na implementação de metodologias para obtenção de certificação também consta no plano estratégico (Plano Estratégico 2013-2016).

1.1.2.6. Funcionamento e Financiamento

Os objetivos são quantificados e assumidos através de “Planos de Ação” e de “Contratos Programa” estabelecidos com a tutela – O CP consiste na contratualização da forma de financiamento da atividade assistencial desenvolvida, bem como na definição de alguns objetivos e responsabilidades, ao nível do plano de atividades do CHBV, E. P. E.. O seu cumprimento é objeto de seguimento e de avaliação, interna e externa, no sentido de assegurar a concretização das metas estabelecidas. O modelo de financiamento subjacente à Prestação de Serviço Público com maior relevância para o CHBV, E. P. E., resulta da aplicação do Contrato-Programa (CHBV, E.P.E., 2016).

Sendo um Serviço Público do setor da Saúde está obrigado à legislação e preceitos legais aplicáveis sendo os mais relevantes neste âmbito os seguintes: Constituição da República Portuguesa; Lei de bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Esta última com maiores implicações ao nível da organização e estruturação do Serviço Nacional de Saúde (CHBV, E.P.E., 2016).

1.1.2.7. Estrutura Orgânica

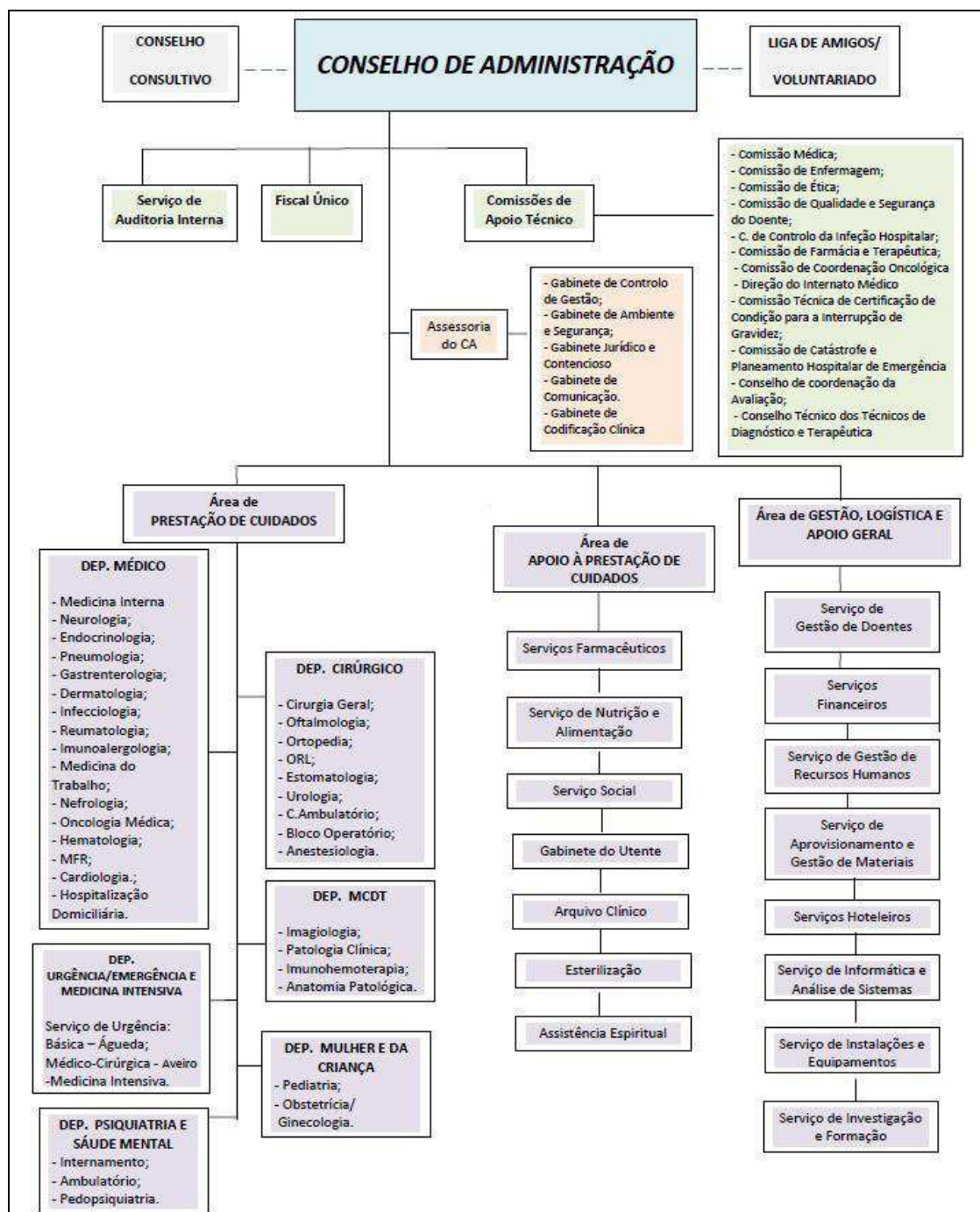
O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. tem uma estrutura orgânica composta por três órgãos de gestão: o Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo (Artigo 12º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., 2016). A nomeação do Conselho de Administração é uma nomeação política, tem a duração de três anos, podendo ser renovada ou alterada após esse período de tempo.

O Conselho de Administração atual é composto pelo Presidente na pessoa do Dr. Aurélio Rodrigues; pela Diretora Clínica, a Dr.^a Anabela Barcelos; pelo Enfermeiro Diretor, o Enfermeiro Carlos Jorge Simões; e pelas Vogais Executivas, a Dr.^a Célia Cravo e a Dr.^a Rosa Tomás.

Na Figura 1 apresenta-se o organograma do CHBV, onde se podem observar as três áreas que constituem a estrutura base do centro hospitalar, designadamente a área de Prestação de Cuidados que está organizada em departamentos, a área de Apoio à Prestação de Cuidados e a área de Gestão, Logística e Apoio Geral.

No topo do organograma está o Conselho de Administração com os respetivos serviços de apoio de onde se destaca o Gabinete de Comunicação que ocupa uma posição de órgão de assessoria direta do Conselho de Administração, não assumindo nenhuma função de comando mas colaborando com todos os serviços.

Figura 1 - Organograma do Centro Hospitalar do Baixo Vouga



Fonte – Portal do SNS

Para uma melhor compreensão sobre a forma como é feita a comunicação organizacional no CHBV, há que ter em conta a estrutura formal da organização apresentada anteriormente e a sua dimensão em números de efetivos. Assim, utilizando critérios de classificação de empresas do setor privado de PME ou Grande Empresa, pode-se classificar o CHBV como uma Grande Empresa por possuir mais de 250 trabalhadores.

Figura 2 - Mapa de Pessoal - Total por tipo de vínculo 2018

Total Tipo de Vínculo	N.º Colaboradores
Pessoal Dirigente	13
Médicos	451
Técnicos Superiores de Saúde	23
Enfermeiros	718
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	120
Técnicos Superiores	27
Assistentes Técnicos	141
Assistentes Operacionais	420
Outros Profissionais	7
Total Funções	1920

Fonte: Elaboração própria adaptado de CHBV (2018)

1.2. O Gabinete de Comunicação

Em 2005, a Unidade de Missão Hospitais S.A., criada para ajudar a transição dos hospitais S.A. para E.P.E., elaborou uma estratégia de comunicação que passou pela criação de Gabinetes de Comunicação nos futuros hospitais E.P.E.. Esta estratégia foi comunicada aos futuros responsáveis dos Gabinetes de Comunicação e definia políticas de comunicação interna e externa, facilitadoras da integração dos utentes e do bom desempenho e integração dos profissionais No seguimento deste trabalho preparatório,

em 2006, o Hospital Infante D. Pedro S.A. – HIP, S.A. criou o Gabinete de Comunicação.

As diretivas do Ministério da Saúde incluíram uma lista de atribuições onde foram discriminadas as funções que deveriam ser atribuídas aos Gabinetes de Comunicação. Com base nessas recomendações o HIP, S.A. criou o regulamento interno onde descreve as áreas de atuação do GC:

- Comunicação Interna;
- Comunicação com os meios de comunicação social;
- Relações Públicas e organização / acompanhamento de eventos
- Serviço Informativo e Central Telefónica.

O artigo 5º do Regulamento do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas enumera as atribuições e competências do Gabinete de Comunicação:

1. O GCRP assegura o desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação, marketing e relações públicas que concorram para a promoção das principais áreas de intervenção do CHBV, em consonância com as orientações estratégicas definidas pelo CA.
2. Promove a comunicação externa e interna, em estreita interação com os média, contribuindo para a consolidação da imagem e reputação da instituição.
3. Salvaguarda a identidade imagética do CHBV e acompanhamento do desenvolvimento da mesma nas suas diversas utilizações e suportes.
4. Promove e acompanha a comunicação desenvolvida pelos colaboradores que prestam serviços de atendimento ao público.
5. Apoia e acompanha o público externo que contacta com o CHBV (RGCRP, 2014).

O Gabinete de Comunicação localiza-se no Hospital Infante D. Pedro E.P.E. e tem como área de atuação os três hospitais que compõem o CHBV. Desde a sua criação até à presente data, o GC, a par com todos os serviços do CHBV, tem sofrido alterações mais ou menos significativas. Estas alterações têm ocorrido quando há mudança de gestão, ou seja, quando o Conselho de Administração é substituído.

Uma das mudanças mais significativas foi a divisão do Gabinete de Comunicação em Gabinete de Comunicação Interna e Gabinete de Comunicação

Externa. Esta alteração implicou também a mudança da pessoa responsável pelo Gabinete de Comunicação e afastamento da diretora Dra. Catarina Resende, com profundas alterações de gestão que se vieram a verificar nefastas para o CHBV, tendo sido reposta a organização do Gabinete de Comunicação aquando da nova mudança do Conselho de Administração.

Há ainda a registar outras alterações como a gestão das reclamações que foi atribuída ao GC com o objetivo de reduzir o número de queixas e reclamações apresentadas. O objetivo foi alcançado uma elevada taxa de sucesso, tendo obtido reconhecimento a nível nacional pela ministra da tutela na altura, Dra. Ana Jorge.

Atualmente o Gabinete de Comunicação é composto por três colaboradoras e dirigido pela Dr.^a Catarina Resende.

1.2.1. Atividades desenvolvidas durante o estágio

O estágio foi desenvolvido no Gabinete de Comunicação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, tendo início a 18 de outubro de 2017 e término a 1 de junho de 2018. O horário praticado foi o mesmo do funcionamento do GC, ou seja, das 9 às 17 horas com pausa de 1 hora para almoço, tendo tido uma duração total de 850 horas. De outubro a janeiro a frequência foi de quatro dias por semana, uma vez que estava a decorrer em simultâneo a disciplina de apoio ao estágio Seminário de Integração e Orientação.

As atividades desenvolvidas durante o estágio consistiram na participação em reuniões, acompanhamento e colaboração em atividades desenvolvidas pelos profissionais do Gabinete de Comunicação. No decorrer do estágio, apesar de haver uma observação participante, isto é, como define Coutinho (2011) “quando o investigador interage com os participantes mas não é um membro do grupo diz-se que é observador participante.” (Coutinho, 2011: 290), houve o cuidado de a participação em termos de execução de tarefas, ser bastante limitada por forma a não influenciar os dados recolhidos evitando o mais possível enviesamentos.

2. Metodologia

Considerando que, o trabalho de investigação científica consiste na recolha sistemática de dados para obter respostas a determinadas questões específicas, e como define Seaman (1987), citado por Fortin (2003), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico (o que nós conhecemos através dos nossos sentidos), com vista a descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.” (Fortin, 2003: 17), optou-se, como referido no início, por apresentar a presente investigação dividida em duas partes: a teórico-conceitual, apresentada anteriormente, e a parte empírica de recolha e apresentação de dados, que agora se apresenta (Fortin, 2003).

O método de investigação pode variar de acordo com a perspetiva filosófica adotada. Fortin (2003) refere duas escolas de pensamento que sobressaem no desenvolvimento do conhecimento: a corrente positivista lógica e a corrente naturalista. Estas correntes filosóficas originam perspetivas de investigação diferentes, por um lado, a corrente positivista lógica que percebe a realidade, como única e estática, construída por factos objetivos, sem influência do investigador, o que permite uma aquisição do conhecimento absoluto com o objetivo de elaborar predicções, e por outro, a corrente naturalista que defende que a realidade é múltipla apreendendo-se através da interação do investigador com o ambiente, resultando num conhecimento relativo onde o objetivo é a compreensão total do fenómeno em estudo. (Fortin, 2003).

Coutinho (2011) debruça-se sobre mais algumas perspetivas mas acaba por agrupá-las em dois grandes grupos, “Comparando as propostas dos diversos autores depressa nos apercebemos que a maioria coincide na aceitação de duas grandes derivações metodológicas dos paradigmas em investigação em CSH: a perspetiva quantitativa e a perspetiva qualitativa.” (Coutinho, 2011: 23,24). Enquanto a abordagem quantitativa, baseada na corrente positivista, do ponto de vista metodológico, assenta num modelo hipotético-dedutivo, onde o investigador assume que existem soluções objetivas para os problemas sociais, soluções essas que se obtêm recorrendo a métodos científicos, a abordagem qualitativa, baseada na corrente naturalista, assenta no método indutivo, onde a relação do investigador com a realidade dá origem à construção da teoria de uma forma indutiva e sistemática, no terreno, à medida que os dados empíricos surgem. (Coutinho, 2011).

No presente trabalho, apesar de se considerar a adoção de uma metodologia qualitativa, foi tida em consideração a opinião de alguns investigadores citados por Coutinho (2011) como Salomon (1991), Campbell (1989) e Anguera (1985) que cita “Um investigador não tem de aderir cegamente a m dos paradigmas, podendo eleger livremente uma relação de atributos que, indistintivamente, provenham de um ou de outro, se assim se conseguir uma adaptação flexível à sua problemática.” (Anguera *apud* Coutinho, 2011: 32).

Estudo fenomenológico, teoria fundamentada e estudo etnográfico são os três tipos de métodos qualitativos identificados por Fortin (2003). O estudo fenomenológico incide o seu foco de estudo nos fenómenos, na sua essência e na percepção das pessoas que viveram a experiência que se pretende analisar com o objetivo de conhecer a realidade pela ótica de quem a vive. A teoria fundamentada socorre-se da investigação indutiva para produzir teoria a partir das pessoas que vivenciam a realidade estudada e dos dados recolhidos no terreno. O estudo etnográfico utiliza o método descritivo com o objetivo de estudar um grupo e as suas ações num determinado contexto cultural para descrever o sistema cultural do ponto de vista de quem partilha a mesma cultura. (Fortin, 2003).

Atendendo às diferentes características do método qualitativo considerou-se o estudo etnográfico com uma abordagem metodológica de estudo de caso “O estudo de caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.” (Fortin, 2003: 165). Coutinho (2011) considera que esta abordagem metodológica distingue-se por “o facto de se tratar de um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o “caso”. (...) Num estudo de caso, tal como a expressão indica, examina-se o caso (ou um pequenos número de casos) em detalhe, em profundidade, no seu contexto natural, recolhendo-se a sua complexidade e recorrendo-se para isso todos os métodos que se revelem apropriados.” (Coutinho, 2011: 193).

A colheita de dados conjuga múltiplas fontes de evidências ou dados. “No processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente o diário de bordo, o relatório, a entrevista e a observação.” (Coutinho, 2011: 298). Para a investigação empírica recorreu-se à observação participante, à análise documental e à realização de entrevistas semiestruturadas.

Considerando que todo o trabalho de investigação “implica uma recolha de dados originais por parte do investigador.” (Coutinho, 2011:99), a autora cita Charles (1998) que enumera alguns procedimentos utilizados na recolha de dados de uma investigação, entre os quais, a notação, definida como “o processo de fazer registos ou breves descrições acerca de pessoas ou acontecimentos. O investigador observa um dado comportamento, fenómeno ou documento e regista ocorrências ou faz uma lista das suas características” Coutinho (2011: 99).

Através da observação direta foi elaborada uma lista das tarefas que foram sendo desenvolvidas pelos técnicos do Gabinete de Comunicação e, posteriormente foi feita a comparação com a *lista oficial* de tarefas atribuídas no regulamento do GC, de forma a apurar se são coincidentes, ou seja se as tarefas desempenhadas na prática correspondem às tarefas descritas na teoria. A recolha de informação foi feita de acordo com o que recomendam alguns autores, “O investigador estuda então os seus modos de vida, de dentro e pormenorizadamente, esforçando-se por perturbá-los o menos possível.” Quivy e Campenhoudt (1998: 197).

A conjugação da informação recolhida em fontes diferenciadas como a observação e a análise documental, contribui para uma maior riqueza do resultado final do trabalho de investigação, como refere Coutinho (2011), “o uso de múltiplas fontes de evidência permite o desenvolvimento da investigação em várias frentes – investigar aspetos diferentes do mesmo fenómeno. As conclusões e descobertas são assim mais convincentes e apuradas já que advêm de um conjunto de confirmações.” (Coutinho, 2011: 299, 300).

A análise documental pode decorrer de várias fontes “pode tratar-se de documentos manuscritos, impressos ou audiovisuais, oficiais ou privados, pessoais ou provenientes de um organismo” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 16). Tendo em conta estes pressupostos, para o presente trabalho foram analisados documentos oficiais como legislação, regulamentos, planos de atividades e relatórios de atividades. A maioria destes documentos não são confidenciais e encontram-se disponíveis ao público para consulta.

Para além da recolha etnográfica, que teve como principal objetivo perceber quais as tarefas desempenhadas e a sua correspondência com as tarefas designadas no regulamento interno, foi também realizada uma entrevista semiestruturada, que foi aplicada a vários colaboradores do CHBV.

O guião de entrevista foi elaborado tendo por base os objectivos de investigação previamente definidos, no sentido de obter um diagnóstico do conhecimento interno do trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação (GC) no Hospital Infante D.Pedro, E.P.E. do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) (Anexo I). O guião foi contruído focando dois temas: o trabalho desenvolvido pelo GC e os meios e canais de comunicação utilizados no CHBV.

As entrevistas foram aplicadas a uma população que tinha como caraterísticas comuns o desempenho de cargos de chefia, o que os torna nos interlocutores principais entre os serviços do hospital e o gabinete de comunicação. A amostra foi não-probabilística, “o estudo de caso não é uma investigação baseada em amostragem. Não se estuda um caso para compreender outros casos, mas para compreender o caso” (Stake, 1995: 4 *apud* Coutinho, 2011: 298). Assim, foi seleccionada uma amostra dos profissionais que trabalham de uma forma mais direta com o GC. “Num estudo qualitativo a amostra é sempre intencional, porque não há qualquer razão para que seja representativa da população.” (Coutinho, 2011: 289). Neste sentido, optou-se por entrevistar os enfermeiros-chefes de serviço e os diretores de serviço do CHBV. Foram contactados por mail todos os profissionais que integram estas categorias, tendo 30 acedido participar, concretamente a amostra foi de 18 enfermeiros e 12 médicos perfazendo um total de 30 entrevistas. As entrevistas decorreram nos gabinetes dos entrevistados de forma aberta e descontraída e tiveram uma duração média de 20 minutos, num registo próximo a uma conversa informal.

Observando os princípios éticos do Código de Nuremberga, procedeu-se à gravação das entrevista com o consentimento dos entrevistados, tendo sido garantido aos entrevistados, o anonimato. De forma a manter esse anonimato, ao longo da apresentação e análise dos dados não serão revelados os cargos, uma vez que isso permitiria a identificação pessoal dos entrevistados.

3. Apresentação e análise dos dados

Os dados recolhidos através da observação participante permitiram elaborar uma descrição do trabalho desenvolvido pelas profissionais do gabinete de comunicação.

A investigação qualitativa é caracterizada pela não linearidade, “a característica que nos permite desde logo identificar um plano de investigação qualitativo é a sua não linearidade” (Coutinho, 2011: 288), pelo que, a construção do guião de entrevista, foi elaborada no decorrer da investigação, para obter resposta à pergunta de partida bem como a questões que surgiram da observação e recolha de dados como é o caso da questão sobre a política do elogio. Esta questão surge por se ter verificado que o tratamento interno dos elogios recebidos pelos utentes, difere entre os serviços e, apesar de fazer parte da política de comunicação interna do hospital, o seu tratamento interno não é uniforme.

3.1. Atividades desenvolvidas pelo GC observadas no estágio

O Gabinete de Comunicação do Centro Hospital do Baixo Vouga desenvolve uma variedade de tarefas e atividades, sendo que, algumas estão previamente definidas como é o caso da comemoração do aniversário da organização ou de datas festivas, como o Natal e outras que vão surgindo decorrentes das necessidades dos serviços com quem o GC colabora. A pertinência do registo destas atividades prende-se com o facto de se pretender estabelecer se existe correspondência entre as tarefas atribuídas e as realizadas. Algumas das atividades desenvolvidas pelo GC e registadas ao longo do estágio foram:

- Organização total ou parcial de eventos e iniciativas promovidas pelos vários serviços do CHBV direcionados para públicos internos e externos. A organização prática destes eventos é normalmente precedida de várias reuniões com o respetivo serviço que solicita o evento de forma a definir os objetivos. Definido o calendário e o programa o GC realiza todo o trabalho de organização, edição e divulgação, procurando sempre corresponder às expectativas de quem solicitou o apoio do GC.

- Elaboração de campanhas informativas de saúde de acordo com as situações previstas em plano de ação ou de acordo com as questões de saúde que surgem e requerem um cuidado especial ao nível da informação das populações da área de intervenção do CHBV.
- Divulgação das campanhas informativas nacionais realizadas pelo Serviço Nacional de Saúde.
- Gestão de contactos frequente com a imprensa local e nacional e envio regular de comunicados e *press releases* para os meios de comunicação social.
- Acompanhamento de diversas ações de comunicação direta com jornalistas e de visitas organizadas ao Hospital, por entidades governamentais nacionais e estrangeiras.
- Apoio de projetos sociais como a venda de livros do grupo de voluntários Liga dos Amigos do CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, ou o dos Palhaços d'Opital, Associação Cultural sem Fins Lucrativos, de quem o CHBV é parceiro.
- No âmbito de uma parceria estabelecida com o jornal Diário de Aveiro, é realizada diariamente uma visita à Maternidade onde é recolhida a autorização dos pais interessados em ver publicado no jornal o nascimento do seu filho.
- Realização das inscrições, via telefone ou presencial, para os cursos de preparação para o parto ou pós-parto. A seleção das candidatas é feita pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia que são posteriormente convocadas pelo GC através de contato telefónico.
- Elaboração dos horários de trabalho das equipas do Serviço Informativo e da Central Telefónica que reportam diretamente ao GC.
- Substituição dos elementos das equipas em falta de forma a assegurar a normalidade dos serviços.
- Recolha e organização de *clipping*.
- Gestão da intranet e atualização da página externa do CHBV e rede social *facebook*.
- Edição bimestral do boletim interno “Pulsações” e de uma *newsletter* semanal.

- Colaboração com o Conselho de Administração na execução de tarefas diversas, como a transferência dos processos clínicos para o edifício onde se prevê que venha a funcionar futuramente o arquivo clínico.
- Organização de eventos para os funcionários, em datas assinaladas pelo CHBV, como o almoço de Natal do CHBV ou a comemoração do aniversário do Centro Hospitalar.
- Conceção, edição e afixação de sinalética e documentos com carácter informativo.
- Conceção, redação e edição de folhetos informativos distribuídos em vários serviços aos utentes.
- Registo fotográfico e divulgação das atividades realizadas com impacto direto para o CHBV.
- Registo fotográfico e elaboração do cartão de funcionário.

3.2. Análise das entrevistas

Para facilitar a análise posterior das informações obtidas através das entrevistas, após a recolha dos dados foi feita uma codificação dos profissionais entrevistados, tendo sido atribuído a cada um deles uma letra e um número: a letra E para identificar os entrevistados enfermeiros e a letra M para identificar os médicos. A numeração foi atribuída pela ordem da realização das entrevistas. Assim, os profissionais inquiridos são designados como E01, E02,..., M01, M02,..., e assim sucessivamente.

No decorrer das entrevistas foi possível verificar que a amostra foi corretamente selecionada e suficiente, pois foi atingido um nível elevado de saturação e repetição de respostas. “A adequação da amostra, evidenciada pela saturação e pela replicação, significa que é fundamental assegurar dados suficientes para darem conta da multiplicidade dos aspetos do fenómeno que se quer estudar. Só assim é possível obter a *saturação* dos dados, ou seja, chegar a um ponto em que o investigador percebe que não está a ouvir nem a ver nada de novo, que o processo de recolha de dados está completo.” (Coutinho, 2011: 213).

Considerando que as entrevistas foram realizadas de uma forma semiestruturada, o tratamento dos dados recolhidos apresenta-se organizado em tópicos que agrupam as

percepções dos entrevistados sobre o trabalho desenvolvido pelo GC, a relação com o serviço, o tipo de apoio, a frequência de contato direto com o GC e qual a percepção que têm sobre a comunicação interna, nomeadamente a comunicação entre os serviços.

São também apresentados tópicos que permitem perceber quais os meios e canais de comunicação utilizados e com que frequência, a percepção sobre a eficácia e eficiência dos mesmos e o tipo de conteúdo privilegiado. Em jeito de conclusão das entrevistas está um tópico com as sugestões apresentadas pelos entrevistados.

3.2.1. Conhecimento do trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação

Todos os entrevistados têm conhecimento da existência do GC, mas nem todos têm o mesmo conhecimento relativamente às tarefas desenvolvidas pelo GC. Na sua maioria os entrevistados consideram importante a comunicação referindo ser “um direito das pessoas e um dever das organizações” (E06), havendo quem mostre um conhecimento mais profundo sobre a importância da comunicação nas organizações referindo que “a comunicação projeta a identidade de uma organização” (E06). No entanto, relativamente ao conhecimento dos trabalhos desenvolvidos pelo GC do CHBV, verifica-se que conhecem melhor os trabalhos desenvolvidos ao nível da comunicação externa, como eventos, atividades e publicações nos meios de comunicação social, pois são mais rapidamente referidos e elogiados pelos entrevistados do que o trabalho desenvolvido internamente com outros serviços.

A maioria dos entrevistados tem uma noção geral de algumas tarefas como a gestão de conteúdos da intranet, mas apenas os serviços que têm algum dia dedicado e habitualmente assinalado com alguma atividade ou evento é que estabelecem um contacto mais direto com o GC, conhecendo de uma forma mais abrangente o trabalho desenvolvido e quais as tarefas que o gabinete tem capacidade de desenvolver.

Existem diversos serviços que, devido à sua especificidade, recorrem também com mais frequência ao trabalho do GC, como é o caso do serviço de Ginecologia/Obstetrícia, que está incluído no Departamento da Mulher e da Criança e que, por ser um departamento acreditado de acordo com o modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitária de Andalucía) ou de necessitar mais frequentemente de edição e

impressão de folhetos informativos para distribuir aos utentes. No entanto, esse facto não se traduz obrigatoriamente num melhor conhecimento das restantes tarefas realizadas pela equipa do GC, uma vez que, para além desse serviço, não conhecem mais trabalhos.

A generalidade dos entrevistados desconhece que as equipas do Serviço Informativo ou da Central Telefónica são afetas ao GC.

Relativamente ao resultado do trabalho desenvolvido pelo GC, os entrevistados mostraram-se, de uma forma geral, agradados, considerando que o resultado final do trabalho desenvolvido, na maioria das vezes, superou as expectativas, como refere um entrevistado “às vezes vamos com umas ideias e saímos de lá com uma ideia para melhor” (M02), referindo a dinâmica da equipa e a capacidade criativa da responsável da equipa, a Dra. Catarina Resende, como um fator decisivo para a satisfação com o resultado final.

Ainda em relação à diretora de comunicação do GC, alguns entrevistados percecionam a ausência da mesma como um ponto negativo no normal desenvolvimento do trabalho do GC, referindo “com a saída da Dra. Catarina, a dada altura sentimos menos apoio” (M01). Esta ausência deveu-se ao facto de ela ter estado de licença durante um ano.

3.2.2. Perceção da comunicação interna no hospital

Os entrevistados referem que o relacionamento dos serviços com o GC é bastante acessível, considerando que este está disponível e que trabalha para o hospital no seu todo, não atuando apenas como um órgão de assessoria do Conselho de Administração.

Alguns entrevistados classificam como muito importante a comunicação interna, referindo que a comunicação “projeta os valores junto dos colaboradores” (E06), é “motivadora dentro da instituição” (M03) e que deve ser exercida de uma forma planeada e verdadeira para criar um sentido de pertença, de espírito de equipa. “A forma como ela comunica e transmite a informação, se ela é consertada e estruturada ela também acaba por facilitar a integração das pessoas dentro da organização” (E06).

De uma forma geral os entrevistados referem que a comunicação entre os serviços é estabelecida dentro do estritamente necessário, não havendo partilha de

informação adicional nem de experiências. Alguns são até bastante críticos no que se refere a esta questão, afirmando que “quando há uma atividade e se convida (...) para mim é um mito, mas há sempre aqueles que têm sempre muito que fazer, nunca têm tempo. Acho que se perde como imagem, como hospital e como unidade” (E10). Para descrever o que consideram ser a falta de relação entre os serviços foram também usadas expressões como “de costas viradas uns para os outros” (M01) ou “há muitas quintas” (E04). É de salientar que os entrevistados mais críticos em relação à comunicação interna são os profissionais que se encontram há menos anos na organização.

O meio de comunicação mais utilizado para comunicar entre serviços é o telemóvel e intranet e a comunicação é estabelecida por motivos estritamente profissionais. A comunicação oral direta é também utilizada com alguma regularidade entre os diretores há mais anos nos cargos, no sentido de apressar o tratamento de solicitações formalizadas via intranet. Os entrevistados consideram que, atualmente, “não há uma partilha de experiências, uma partilha de saberes, a funcionar na totalidade” (M01), apesar de reconhecerem que “vamos tendo reuniões com o CA onde é transmitida a necessidade de as pessoas se articularem cada vez mais mas isso ainda não está otimizado” (M08).

Alguns profissionais mostram algum interesse em ter uma comunicação mais estreita com os colegas de trabalho, principalmente com os pares, referindo que seria benéfico para os serviços se houvesse mais reuniões entre os diretores clínicos dos serviços, algo que os colaboradores com mais tempo de serviço no CHBV se recordam de existir, mas que, com a justificação do aumento de produtividade no SNS, deixou de acontecer.

3.2.3. Meios e canais de comunicação

Pela sua abrangência, a intranet é o meio de comunicação interna por excelência do CHBV. É utilizada diariamente por todos os profissionais entrevistados. Relativamente aos conteúdos publicados, as opiniões dividem-se em relação a determinadas publicações, como as ausências dos diretores de serviço e respetivas substituições, sendo que, enquanto alguns consideram essa informação de interesse geral outros consideram que essa informação é apenas relevante para o serviço em

causa, sendo desnecessário dar conhecimento disso aos restantes serviços. Esta diferença de interesse por este tipo de informação pode ser justificada pela natureza do serviço, os serviços que trabalham mais entre si mostram mais interesse do que outros serviços que no dia a dia não recorrem aos outros serviços. Foi ainda referido que o facto de esse ser um tipo de publicação recorrente acaba por desmotivar o interesse pela secção das notícias onde constam outras publicações com informação pertinente e de interesse geral.

Todos os entrevistados apresentaram o seu descontentamento em relação à falta de disponibilização de documentos na intranet com normas e procedimentos aprovados pela qualidade, mas reconhecem que a falta de publicação se deve à demora de aprovação pelo grupo da qualidade.

São poucos os entrevistados que consideram a página da intranet *friendly*, justificando com as dificuldades de consulta e o *layout*. A maioria refere dificuldades na consulta da informação, sugerindo uma melhoria na organização da informação que está acessível aos serviços e a necessidade de simplificar a forma de pesquisa.

O boletim informativo “Pulsações”, produzido pelo GC e publicado na intranet, é bastante mencionado, pela positiva, por ser uma publicação que apresenta, de uma forma condensada, o que de mais importante acontece e que por vezes passa despercebido aos profissionais do CHBV.

A página oficial do CHBV é consultada muito esporadicamente pelos entrevistados, sendo que alguns admitem mesmo consultar a página apenas duas a três vezes no ano, no máximo, justificando com o facto de a página estar incompleta, tanto em informação relativa aos serviços como à identificação dos elementos que compõem as equipas de cada serviço. O facto de não estar completa em termos de conteúdos e de não ser atualizada com regularidade também é dissuasor de uma consulta mais assídua. Os que utilizam a página com mais frequência fazem-no não para consultar os conteúdos, que consideram “desatualizados e incompletos”, mas para aceder ao *webmail* e aos horários a partir de casa.

Um meio de comunicação também muito utilizado e referido como “muito útil” e que “dá bastante jeito” são os telemóveis que o CHBV distribui pelos colaboradores, denominados internamente como “laranjinhas”. A maioria dos serviços têm grupos de trabalho criados nas redes sociais como o *facebook* e o *whatsapp*.

Os entrevistados mostraram-se particularmente agradados quando as atividades ou eventos que desenvolvem têm projeção no exterior, mais concretamente nos meios de comunicação social, destacando as notícias nos jornais e a participação em programas de rádio como meios que abrangem um maior número de destinatários, dando assim mais visibilidade ao trabalho realizado e, conseqüentemente, ao serviço.

3.2.4. Política do elogio

Os entrevistados mostraram-se interessados na normalização da “Política do Elogio” de uma forma institucionalizada, traduzida num livro próprio para o efeito, considerando que é uma forma de reconhecimento do trabalho e dedicação dos profissionais que contribui para uma maior autoestima e empenho. Houve até quem afirmasse já se ter pronunciado sobre o assunto, referindo que “como profissional eu achava ridículo que os nosso utentes tivessem onde reclamar mas não onde elogiar” (M05).

Foram relatados alguns episódios caricatos originados pela falta de um local próprio para o utente poder elogiar, como o facto de já terem sido escritos elogios no livro de reclamações e que, como tal, foram contabilizados como reclamações, o que para além de não trazer nada de benéfico ao serviço contribui, de uma forma negativa, para o aumento do número de reclamações do CHBV. Alguns serviços, por iniciativa própria, adquiriram um livro para registar os elogios ou guardam de uma forma mais ou menos organizada os elogios que vão recebendo, alguns diretamente, outros através das caixas de sugestões que existem nos serviços. A forma como dão a conhecer os elogios recebidos também vai diferindo. Uns serviços comunicam oralmente aos colegas do serviço, outros afixam nos *placards* informativos dos gabinetes do pessoal e outros guardam numa pasta ou caderno e colocam à disposição no balcão de atendimento dos serviços.

Relativamente à publicação dos elogios na intranet alguns consideram interessante a divulgação interna dentro de alguns parâmetros: “não modificar o que o utente escreveu mas a forma como está escrita” (E12). No entanto outros referem que o facto de se publicar, ainda que internamente, pode inibir algumas pessoas de o fazerem por não quererem mostrar favoritismos em relação a alguns serviços em detrimento de outros. Por outro lado, os entrevistados que são a favor da publicação dos elogios

referem que, sem essa publicação, o *feedback* de que estão a desenvolver um bom trabalho depreende-se pela ausência de reclamações, o que nem sempre corresponde à verdade. Outra sugestão de publicitação é publicar-se o número anual de elogios quando se publica o número anual de reclamações.

3.2.5. Sugestões de melhoria dos entrevistados

Ao longo das entrevistas os entrevistados foram fazendo algumas sugestões que consideram pertinentes tanto a nível interno, na melhoria dos serviços, como a nível externo, na imagem do hospital.

Foram vários os profissionais que referiram a necessidade de completar a informação em falta e atualizar com mais regularidade o site externo do CHBV para incutir uma dinâmica maior à página de forma a cativar e atrair a população, mostrando o que de melhor se faz na instituição. Complementar a informação com documentos que sirvam a população, porque “nem sempre o que sai na comunicação social é verdade”, tirando partido do site externo de forma a “trabalhar para a literacia das pessoas usando o portal do hospital”. Houve ainda quem referisse a concorrência, ou seja, a oferta privada e a necessidade de o CHBV se modernizar usando os meios tecnológicos de uma forma mais atrativa e eficaz.

Quase todos os entrevistados foram unânimes a sugerir que seria uma mais-valia para a instituição ter um circuito de televisão interna, com emissão de programas informativos e campanhas de prevenção, que contribuiriam para uma maior literacia em saúde dos utentes e acompanhantes. Outro tipo de conteúdos que também consideram pertinentes divulgar em circuito interno, são vídeos com uma apresentação dos serviços, de forma a dar a conhecer o trabalho “invisível” que é desenvolvido no CHBV e que não é conhecido pelo público em geral. Os circuitos de TV das clínicas privadas foram referidos algumas vezes como exemplos a seguir de forma a mostrar aos utentes que o CHBV, enquanto serviço público, também dispõem de muitos serviços e especialidades.

Outra sugestão dada por vários diretores é no sentido de criar uma relação de parceria maior com o GC. O que consideram que poderia contribuir para dar a conhecer o trabalho feito em cada serviço é a realização de reuniões com alguma regularidade entre os serviços e a responsável de comunicação.

Alguns entrevistados referiram a necessidade de melhorar a central telefónica para haver uma melhoria no atendimento telefónico, afirmando já terem recebido queixas dos pacientes relativamente à dificuldade de contactar telefonicamente com o GC e com a instituição no geral.

4. Discussão dos resultados

O Gabinete de Comunicação é um serviço de assessoria do Conselho de Administração que responde diretamente ao Presidente do CA. Contudo, o trabalho desenvolvido pelo Gabinete vai muito para além disso. O GC desenvolve a sua atividade com todos os serviços do CHBV, incluindo serviços clínicos e serviços de apoio.

A colaboração entre o CA e o GC é bastante frequente, apesar não existir um calendário definido de reuniões entre estes. Sempre que o CA entende como necessária a participação do GC nas reuniões do CA é solicitada a presença da responsável do gabinete. Normalmente os assuntos tratados referem-se a questões de gestão da comunicação, principalmente da relação com os meios de comunicação social, de planificações futuras de atividades e eventos a desenvolver pelo CHVB.

Para questões decorrentes da gestão diária que necessitam de esclarecimentos ou de respostas mais imediatas existe um contacto direto entre os elementos que compõem o Conselho de Administração e o GC. Estes contactos também se verificam com regularidade no sentido contrário, ou seja, entre o gabinete e a administração do hospital. O relacionamento interpessoal entre todos os elementos é bastante direto, com visitas assíduas por parte de alguns administradores, ao GC, para troca de impressões ou simplesmente para cumprimentar as colaboradoras.

O trabalho desenvolvido com os outros serviços também não segue nenhum agendamento prévio, sendo na maioria das vezes solicitado pelos responsáveis dos serviços, de uma forma espontânea e sem grande antecedência. Não existe nenhuma formalidade estabelecida nesse sentido pelo que, o procedimento mais comum, é o contacto presencial.

Se, por um lado, a espontaneidade das pessoas em acorrer ao GC demonstra a disponibilidade e receptividade do gabinete, bem como o reconhecimento por parte dos serviços da importância do trabalho desenvolvido pela comunicação, por outro lado, o facto de haver recorrentemente muita gente a entrar e a sair do gabinete interrompe o trabalho que está a ser desenvolvido pelos profissionais, limitando o tempo disponível para cada tarefa. Recorde-se que o Gabinete de Comunicação funciona numa única sala e não dispõe de nenhum espaço reservado para a realização de reuniões.

Relativamente à comparação entre as funções designadas e as funções desempenhadas verifica-se que existe coincidência entre as competências definidas no regulamento e as tarefas desempenhadas. No entanto, algumas atribuições não são realizadas na sua totalidade, como é o caso da “elaboração de planos e relatórios de atividades” RGCRP (2014: 4). No início do estágio havia um plano de comunicação definido para a época outono/inverno que foi seguido, mas não foi elaborado nenhum plano para a primavera/verão que viesse suceder a esse.

A gestão dos conteúdos da intranet e do site externo do CHBV tem sido de alguma forma descurada. Neste tópico as culpas encontram-se repartidas entre os serviços que produzem os conteúdos e o GC que os publica, o que é tanto mais grave quando se refere que esta situação se arrasta à cerca de dois anos, ou seja, desde o lançamento do novo *layout* do site externo.

Por outro lado, verifica-se que o GC não possui recursos humanos qualificados suficientes para o desempenho de muitas das competências que lhe são atribuídas em regulamento pois, organicamente, é composto apenas por um técnico superior Diretor de Comunicação e dois assistentes técnicos. As assistentes técnicas do GC possuem as habilitações e competências para assegurar o normal funcionamento do serviço, no entanto, legalmente, não lhes são reconhecidas essas competências e, consequentemente, essas responsabilidades de execução.

No que diz respeito à perceção dos entrevistados, ao longo das várias questões colocadas sobre o conhecimento do trabalho desenvolvido pelo GC foi facilmente percecionável que os entrevistados que melhor conhecem o trabalho desenvolvido e passível de desenvolver pelo GC, independentemente da função desempenhada, são mais interventivos na dinamização dos seus serviços no que diz respeito a informar os utentes e a assinalar datas com atividades que são desenvolvidas tanto a nível interno como externo.

Quando questionados sobre os pontos fortes e fracos da comunicação interna no hospital, os entrevistados foram unânimes em considerar que a comunicação entre os serviços poderia ser melhorada, e, muitos entrevistados, atribuem a falta de comunicação às características pessoais dos dirigentes dos serviços, considerando que a comunicação entre os serviços está dependente do carácter pessoal do seu responsável.

Esta é uma questão bastante relevante ao nível da comunicação interna pois, como refere Bilhim (2006: 367), “a comunicação entre pares, além de proporcionar

coordenação de tarefas, também serve de suporte às necessidades emocionais e sociais dos indivíduos.”

Foi possível verificar que os responsáveis dos serviços que melhor comunicam entre si e que consideram que a comunicação entre os serviços é satisfatória são os funcionários com mais tempo de serviço no CHBV. Poderá ser necessário rever a política de acolhimento e integração dos novos funcionários, pois talvez não esteja a produzir os resultados que seriam desejados, ou ao nível formal da compreensão dos processos de comunicação e dos seus fluxos ou, ao nível informal, no acolhimento e sociabilização dos recursos humanos.

CONCLUSÕES

1. Reflexões finais

Comunicar de uma forma estratégica e planeada não é o mesmo que comunicar no dia a dia, por isso, ter um serviço de comunicação não é algo acessório, nem deve ser encarado como opcional quando se quer ter uma administração pública moderna, preocupada com a satisfação do cidadão e com a prestação de um serviço de qualidade. Na realidade, para alguns, comunicar é tão inato ao ser humano que não é necessário ser-se especialista na área pois o ser humano é um ser comunicante por natureza.

Mas a comunicação organizacional é muito mais que a simples transmissão de informações entre emissor e recetor. De acordo com Bilhim (2006), a comunicação organizacional estudada pela Escola das Relações Humanas de Elton Mayo serve para controlar formal e informalmente os membros da organização, para motivar os colaboradores, distribuindo tarefas e dando *feedback* sobre a sua execução, para satisfazer as necessidades de pertença e para fornecer as informações necessárias ao processo de tomada de decisão (Bilhim, 2006).

Apesar de a importância atribuída à comunicação na Administração Pública ser relativamente recente e ainda não se encontrar institucionalizada de uma forma consensual, durante a realização deste estudo tornou-se evidente que o serviço de comunicação do CHBV já conquistou o seu lugar, sendo neste momento imprescindível a um Centro Hospitalar que pretende “ser reconhecido na Comunidade que serve, pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência” (CHBV, 2016: 4).

Para além do trabalho desenvolvido pelo GC, foi possível observar que o GC também funciona como o serviço que tem soluções para todos, ou quase todos, os problemas. Esta afirmação deve-se ao facto de se ter observado ao longo do estágio que o GC desempenha um papel importante de elemento conciliador ao qual os colaboradores e utentes recorrem para a resolução de problemas. Por vezes recorrem ao GC numa fase inicial, outras como último recurso numa tentativa de verem a sua questão resolvida. Neste sentido, cumpre assinalar que o GC desenvolve todos os esforços no sentido de encontrar uma solução. Estas situações são muito diversificadas, indo desde o ajudar um funcionário no processo de integração, ou um utente que

necessita de uma justificação para a entidade patronal, mas que, por motivos de greve e consequente não efetivação de consulta, não a conseguiu obter.

Juntando os dados recolhidos através da observação participante com as respostas obtidas durante as entrevistas é possível afirmar que, na generalidade, não existe uma grande diversidade de perceções por parte dos profissionais que contactam diretamente com o GC em relação ao trabalho desenvolvido pelo mesmo, nem em relação ao contributo desse trabalho na construção de uma imagem positiva da organização, tanto a nível interno como externo.

Construir uma imagem positiva junto dos seus públicos não é uma tarefa fácil nem rápida, tornando-se ainda mais difícil se às questões de gestão administrativas decorrentes do normal funcionamento das instituições se juntar a gestão de tradição napoleónica, ou seja, a questão da mudança política e respetiva alteração de dirigentes que aporta sempre mudanças às organizações e alguma insegurança aos seus públicos, principalmente ao público interno.

No caso específico do GC do CHBV, apesar de este atualmente se encontrar num período de estabilidade, também já sofreu algumas alterações motivadas pela mudança de dirigentes, como, por exemplo, a divisão do serviço de comunicação em comunicação interna e comunicação externa, a substituição do responsável, entre outras. Estas alterações implicaram mudanças, que muitas vezes significaram a descontinuidade do trabalho realizado. Entretanto, novas mudanças de CA e, consequentemente, de políticas de gestão, resultaram novamente na junção do serviço de comunicação num único Gabinete de Comunicação.

Para concluir esta reflexão é possível afirmar que, a par com a estabilidade com que o Conselho de Administração, que agora terminou o mandato, exerceu sua atividade de gestão, paulatinamente, o Gabinete de Comunicação tem contribuído para a construção de uma imagem organizacional positiva tanto a nível interno como a nível externo.

2. Sugestões de melhoria

As sugestões de melhoria apresentadas nos próximos parágrafos foram elaboradas com base na observação etnográfica e nos contributos das entrevistas realizadas e a sua implementação poderia contribuir para uma maior afirmação da

imagem do CHBV e ao mesmo tempo reforçar o papel do Gabinete de Comunicação enquanto serviço transversal a todo o CHBV.

Uma sugestão que, apesar de exigir alguma disponibilidade, poderá trazer benefícios é a de **reunir com todos os serviços individualmente** com alguma regularidade, auscultar as suas necessidades comunicacionais e agendar um plano de trabalho com cada serviço. Procurar temas, dias ou datas a assinalar em todos os serviços, uma vez que existem serviços que nunca desenvolvem nenhuma atividade acabando por não ter nenhuma projeção direta interna e externa do seu trabalho. Os entrevistados têm orgulho do serviço que prestam e gostam quando este trabalho é conhecido no exterior, pela comunidade. Desenvolver atividades com projeção exterior melhora a autoestima dos profissionais, funciona como um elemento motivador e fomenta o espírito de equipa.

Seria importante que o GC realizasse **um relatório de avaliação das atividades e eventos** de forma a poder ter um registo que sirva como um balanço das atividades. Este tipo de registo é uma ferramenta de trabalho importante pois contribui para uma melhoria na organização de eventos futuros.

No exercício da sua função de aconselhamento, o GC deveria exercer pressão junto dos responsáveis no sentido de **melhorar o funcionamento da central telefónica**, uma vez que a mesma nem sempre funciona, o que transmite uma má imagem do CHBV aos que recorrem a esse meio de comunicação para contactar com o GC ou outro serviço do CHBV. É de referir que, na maioria das vezes, o mau funcionamento da central se traduz em chamadas que caem quando são passadas aos serviços, ou quando do lado do interlocutor a ligação dá sinal de chamada, mas do lado do destinatário o telefone não dá sinal ou a ligação é interrompida quando se atende o telefone. A atual central telefónica está em funcionamento há mais de um ano e desde a sua instalação têm-se verificado vários problemas que ainda não foram resolvidos pela empresa fornecedora do serviço.

Os colaboradores mais recentes mostram algum desconhecimento da organização, pelo que seria de verificar se os **procedimentos de acolhimento e socialização aos novos colaboradores** está a ser cumprido ou se precisa de ser ajustado ou alterado. Esta questão também foi verificada durante o estágio no GC onde os novos colaboradores se dirigem para fazer o cartão de identificação. A maioria dos recém-

chegados que procura o serviço aparece sozinha e sem certezas da localização do gabinete.

Uma sugestão, que apesar de ser de formação, acaba por se repercutir no trabalho do GC, nomeadamente na consulta dos conteúdos da intranet pelos novos colaboradores, seria dar alguma formação na ótica do utilizador aquando da entrega das credenciais de acesso ao sistema interno, sobre as ferramentas disponíveis para tirar o melhor partido dos recursos que a organização coloca ao dispor dos colaboradores. Enquanto alguns utilizadores consideraram a plataforma da intranet intuitiva e de fácil consulta, a maioria considerou difícil efetuar uma pesquisa com sucesso na intranet.

Existem muitas queixas relativamente à demora na disponibilização dos documentos relativos a normas e procedimentos na intranet. Apesar de a maioria destas críticas serem originadas pela demora na aprovação dos referidos documentos pela Comissão da Qualidade, o GC poderia, em conjunto com o CA, **criar um plano editorial** semanal, mensal ou trimestral para assegurar a atualização permanente das páginas da intranet e da página externa.

O facto de a página oficial do CHBV estar incompleta desde a sua criação em 2016 transmite uma imagem negativa da organização para o exterior, para a comunidade, mas também tem repercussões internamente, nomeadamente para o GC que é o responsável pela gestão dos conteúdos da página. Neste sentido, seria importante que o GC envidasse os esforços necessários, junto dos responsáveis, para **completar e atualizar os conteúdos da página oficial da internet**. Algumas especialidades encontram-se sem nenhuma informação, nem sobre o serviço nem a apresentação das equipas; outras têm a informação incompleta e também não existe uniformidade na apresentação das mesmas relativamente à identificação com foto.

A atual conjuntura económica tem repercussões a vários níveis, nomeadamente ao nível da insatisfação dos trabalhadores. Considerando que a satisfação das necessidades dos trabalhadores não passa apenas pelas questões remuneratórias, mas também, como referido na pirâmide de Maslow, pela aceitação, pertença e reconhecimento, **desenvolver ações que promovam a comunicação interna** e fomentem o espírito de equipa e de pertença será certamente uma mais-valia para a organização.

Tendo-se constatado que não existe um tratamento uniforme por parte dos serviços relativamente aos elogios recebidos, poderia ser benéfico para a organização e

para os seus colaboradores considerar **implementar a “Política do elogio” de uma forma normalizada**. O entendimento atual sobre os elogios que são dirigidos à organização e aos seus profissionais é que o mesmo deve ser feito no Gabinete do Utente ou por correio eletrónico. No entanto, na prática, o que se verifica é que alguns utentes preferem fazê-lo diretamente nos serviços. Não existindo um suporte normalizado em todos os serviços não existe um tratamento uniformizado dessa informação.

Os quadros informativos distribuídos pela organização contêm muitas vezes informações desatualizadas, o que não contribui positivamente para a imagem interna do CHBV e, em particular, do GC. Seria de considerar **instituir uma rotina de atualização dos quadros informativos** que se encontram sob a responsabilidade do GC.

3. Limitações do estudo

Durante a realização do estágio ocorreram algumas situações que de alguma forma dificultaram a perceção do normal funcionamento do Gabinete de Comunicação, nomeadamente, a ausência da Diretora de Comunicação do GC, que regressou ao serviço a meio do estágio, o fim do mandato do Conselho de Administração em funções, que entretanto foi substituído, e a existência de mais uma colaboradora, destacada temporariamente.

Relativamente à ausência da Diretora de Comunicação, o facto do GC se encontrar a funcionar apenas com assistentes técnicas limitou as tarefas desenvolvidas, não tendo sido elaborados planos de comunicação ou outras planificações com execução a médio ou longo prazo.

Apesar de o mandato do CA terminar em dezembro de 2017, a substituição só foi efetivada em maio de 2018, o que trouxe alguma instabilidade e indefinição às tarefas de gestão do CA, nomeadamente no que diz respeito à planificação a longo prazo tendo-se notado nesse período uma gestão mais cuidadosa no sentido de não assumir compromissos para a nova administração.

Como foi referido no estudo, o Gabinete de Comunicação é composto por três elementos. No entanto, durante a realização do estágio, encontrava-se mais uma pessoa no GC que apesar de não ter sido afeta ao serviço de comunicação, encontrava-se

temporariamente a colaborar com este serviço. Esta situação não permitiu aferir qual o impacto provocado pela ausência de um elemento do GC sempre que havia a necessidade de substituir alguém em falta no serviço informativo.

Relativamente às entrevistas não foram sentidas dificuldades relevantes. Os entrevistados mostraram-se disponíveis para participar, tendo sido fácil reunir com a maioria das pessoas contactadas. De uma forma geral, os enfermeiros chefe entrevistados mostraram-se mais descontraídos no decorrer das entrevistas e apresentaram as suas opiniões de uma forma mais frontal do que os diretores clínicos que tinham uma forma de responder mais evasiva, o que na gíria se apelida de “politicamente correto”.

Não foi possível entrevistar os elementos do Conselho de Administração pois, como já foi explicado anteriormente, houve uma substituição completa dos responsáveis do CHBV, o que resultou na indisponibilidade dos mesmos em participar nas entrevistas.

No início do estudo pretendia-se fazer uma comparação das funções desempenhadas pelo GC do CHBV com as funções desempenhadas por gabinetes de comunicação de outros hospitais do SNS, não tendo tal sido possível, pelo menos, não de forma tão exaustiva como tinha sido definido inicialmente, porque a forma como cada unidade hospitalar organiza o serviço de comunicação não é homogénea, apresentando diferentes designações para o serviço de comunicação. Enquanto alguns apresentam o serviço na página do hospital, outros optam por colocar apenas os contactos. Uma visita às páginas dos hospitais permite verificar que as atribuições dos serviços de comunicação também vão diferindo: uns são responsáveis pelas centrais telefónicas e serviços informativos, como é o caso do CHBV, outros englobam o Gabinete do Cidadão, caso do CHEDV (Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga), outros são compostos apenas pelo Gabinete de Comunicação e Imagem, como o CHVNG/E (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho). Face ao exposto concluiu-se que não era exequível a pretensão inicial de comparar detalhadamente as funções desempenhadas pelos gabinetes de comunicação dos hospitais do SNS, tendo-se apurado que, nos centros hospitalares do SNS, estes serviços possuem denominações, competências e estruturas diferentes.

4. Pistas para trabalhos futuros

São escassos os estudos sobre a comunicação na administração pública, a forma como é feita, o impacto interno e externo do trabalho dos gabinetes de comunicação, ou seja, não existe produção científica suficiente sobre o tema que permita comparar e avaliar a comunicação.

A abordagem qualitativa na perspectiva do estudo de caso etnográfico apresenta vantagens como a obtenção de informações detalhadas sobre o fenómeno estudado, no entanto, também apresenta desvantagens como o facto de não poderem ser feitas extrapolações dos resultados a outras situações. Assim, seria interessante que o mesmo tipo de estudo fosse efetuado noutros gabinetes de comunicação de centros hospitalares de forma a poderem ser feitas comparações.

Sabendo que, no estudo da comunicação, nem sempre é fácil separar a comunicação interna da comunicação externa, será certamente um desafio perceber de que forma tem evoluído a imagem externa do CHBV aos olhos da comunidade onde se insere, nomeadamente dos cidadãos, *stakeholders* externos e comunicação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, E.; Gonçalves, João P.; Santos, Maria F.; Alexandre, Maurício; Godinho, P., (2011) A Contratualização em Saúde, 8º Congresso Nacional de Administração Pública, INA, pp. 191-217. Consultado em 23 de janeiro de 2018 no URL: <http://repap.ina.pt/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20-%20efectividade.pdf>

Beirão, I., (2008). *Manual de Comunicação Empresarial*. 1ª Edição. Porto: Plátano Editora.

Bilhim, J., (2006). *Teoria Organizacional, Estruturas e Pessoas*. 5ª Edição. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Brochand, B., (1999). *Publicitor*. 1ª Edição, Lisboa: Publicações D.Quixote.

Carvalho, T., (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.

Castells, M., Cardoso, G., (2005). *A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política*. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

Katz, J., Rice, R., Acord, S., (2005). *A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política. Usos da Internet e de Tecnologias Móveis nos Sistemas de Saúde: abordagens sociais e organizacionais num contexto comparativo*. 175-195. Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda.

Castro, J., (2007). *Comunicação de Marketing*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Center, A. et al, (2008) *Public Relations Practices*. New Jersey, 7ª Edição, Pearson International edition

Centro Hospitalar do Baixo Vouga. (2016). Consultado em 28 de janeiro de 2018 no URL: <http://www.chbv.min-saude.pt/>

Cutlip, S., *et al.*, (1985), *Effective Public Relations*. New Jersey: Prentice-Hall International

Coutinho, C., (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A..

Correia, T. (2009). *A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa*. Revista Critica de Ciências Sociais, (85):83-103. Consultado em 12 de janeiro de 2018 no URL: <https://rccs.revues.org/350>

Fortin, M., (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Freixo, M., (2006). *Teorias e Modelos de Comunicação*. Lisboa: Instituto Piaget.

García, M., (1999), *As Relações Públicas*, Lisboa: Editorial Estampa.

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro publicada em Diário da República n.º 258/2002, Série I-A de 2002-11-08. Consultado em 5 de julho no URL: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/425487/details/maximized>

Lampreia, J., (1999), *A Assessoria de Imprensa nas Relações Públicas*. Mem Martins: Publicações Europa – América.

Lampreia, J., (1998), *Comunicação Empresarial – As Relações Públicas na Gestão*. Lisboa: Texto Editora.

Lindon, D., *et al.*, (2013). *Mercator XXI*. Alfragide: Publicações D. Quixote.

Madureira, C., (2015). “A reforma da Administração Pública Central no Portugal democrático: do período pós-revolucionário à intervenção da troika”. Revista de Administração Pública - Rio de Janeiro 49 (3):547-562, Maio/Junho de 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n3/0034-7612-rap-49-03-00547.pdf>

Madureira, C., Rodrigues, M., (2006). “A *Administração Pública do século XXI: Aprendizagem Organizacional, Mudança Comportamental e Reforma Administrativa*”, *Comportamento Organizacional e Gestão*, (12):153-171.

Mauro, W. (2006). *Teorias da Comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.

Noveili, A. (2006), “O Papel Institucional da Comunicação Pública para o Sucesso da Governança”, *Organicom*, (4):75-89. Disponível em: <http://www.revistaorganicom.org.br/sistema/index.php/organicom/article/view/56/190>

Nunes, A. & Harfouche, A., (2015). “A Reforma da Administração Pública aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa”. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS* Vol. 4, N. 2. Julho/Dezembro de 2015. Disponível em: <http://spell.org.br/documentos/ver/39499/a-reforma-da-administracao-publica-aplicada-ao-setor-da-saude--a-experiencia-portuguesa>

Nunes, P., (2012). “A Reforma das Administrações Públicas e a Reforma do Estado: Modelo(s) de Gestão preconizados para as reformas”. Lição apresentada em conformidade com o Relatório estipulado na alínea b) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Julho, no âmbito da Unidade Curricular de Modelos de Gestão Pública, curso de 1.º Ciclo. Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em Ciências Empresariais, especialidade de Gestão. Universidade Fernando Pessoa.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *O Relatório Primavera 2009 10/30anos: Razões para continuar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, do Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.

Pollitt, C.; Bouckaert, G., (2004). *Public Management Reform*. Oxford: Oxford University Press.

Quivy, R., Campenhoudt, L. Van. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de Fevereiro. Consultado em 2 de dezembro de 2017 no URL: <https://dre.tretas.org/dre/160153/resolucao-do-conselho-de-ministros-15-2003-de-5-de-fevereiro>

Rocha, J., (2009). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Lisboa: Instituto Nacional de Administração I.P..

Serviço Nacional de Saúde. Consultado em 28 de janeiro de 2018 no URL: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-baixo-vouga-epe/>

Vau, C., (2005). *As Relações Públicas na Responsabilidade Social das Empresas*. Lisboa: Simplesmente Comunicando.

ANEXOS

- I. Guião de entrevista
- II. Regulamento do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas
- III. Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Anexo I

Guião de entrevista

Guião de entrevista para diagnóstico do conhecimento interno do trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação (GC) no Hospital Infante D. Pedro, EPE do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV).
(Entrevista realizada com garantia de confidencialidade).

Caraterização do inquirido

Idade

Género

Antiguidade no CHBV

Categoria profissional

Gabinete de Comunicação

1. Conhece o trabalho desenvolvido pelo Gabinete de Comunicação?

2. O serviço a que está afeto tem algum dia dedicado?

Sim. Qual? _____. Costumam assinalar?

Não, mas deveria ter _____

3. Solicita apoio ao GC? Com que frequência? Que tipo de serviço costuma solicitar?

4. Como classifica o trabalho desenvolvido pelo GC? Corresponde às suas expetativas?

5. Na sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos da comunicação interna no Hospital?

6. Que atividades gostaria que fossem mais desenvolvidas no CHBV, que contribuam para uma melhor comunicação entre serviços e colaboradores?

Meios e canais de comunicação

7. Com que frequência consulta os canais e os meios de comunicação do CHBV?

8. Tendo em conta a comunicação efetuada no CHBV, como avalia a eficácia e

Pontos a ter em consideração

- Canais existentes: Site de internet, Portal de intranet, Email institucional, Documentos internos (Circulares, Atas, Relatórios...), Placards informativos, Redes sociais (Facebook).

a eficiência dos canais e meios de comunicação?

9. Relativamente ao Portal da Intranet, quais os conteúdos que utiliza / visualiza com mais frequência?

Pontos a ter em consideração

- Conteúdos disponíveis: Aplicações administrativas, Aplicações clínicas, Destaques, Notícias, Ementa, Contactos, Formação interna, Clipping.

10. Considera importante a introdução de mais conteúdos no Portal da Intranet? (Quais?)

11. Como encararia a implementação de uma “Política do Elogio” nos serviços?

12. Gostaria de sugerir outros canais de comunicação interna que considere importantes implementar?

Anexo II

Regulamento do Gabinete de Comunicação e Relações Públicas

TIPO DE DOCUMENTO:

REGULAMENTO

REGULAMENTO

REGULAMENTO DO GABINETE DE COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES PÚBLICAS

ELABORADO POR:

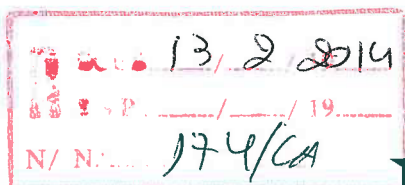
GABINETE DE COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES PÚBLICAS

APROVADO POR: Conselho de Administração

[Handwritten signatures]

DATA: 15/01/2014

DATA: 14.02.2014



REGULAMENTO DO GABINETE DE COMUNICAÇÃO E RELAÇÕES PÚBLICAS



SIGLAS

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.

GCRP – Gabinete de Comunicação e Relações Públicas.

NHADF – Núcleo de Humanização e Acolhimento de Doentes e Familiares.

CA – Conselho de Administração.

GC – Gabinete de Comunicação.

PREAMBULO

O **Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (CHBV)**, aposta em formas de Comunicação proativas, centradas na preocupação com a instituição e os seus públicos.

“ A Comunicação é um processo dinâmico e contínuo. É o processo que permite aos membros da organização trabalhar juntos,

Cooperar e interpretar as necessidades e as actividades sempre mutantes da organização.

...As pessoas estão envolvidas constantemente com a comunicação consigo mesmas e com outras, especialmente na vida da organização.

A vida da organização proporciona um sistema de mensagens especialmente rico e variado.

Os membros da organização devem ser capazes de reconhecer e interpretar a grande variedade de mensagens disponíveis, para que lhes permitam responder de maneira apropriada a distintas pessoas e situações.

...A Comunicação é uma realidade inevitável de pertinência a uma organização e da vida em geral.”

Gary Kreps (1995,p.28)

Artigo 1º

OBJETO

O presente regulamento define a organização e funcionamento do **Gabinete de Comunicação e Relações Públicas (GCRP)**, nomeadamente quanto à estrutura, âmbito de intervenção, funções, competências e demais aspectos que lhe sejam relativos.

Artigo 2º

NATUREZA

1 – O GCRP organiza-se hierarquicamente sobre a direção do **Conselho de Administração (CA)**, a quem reporta funcional e directamente.

2 - É um órgão com funções de assessoria do CA.

Artigo 3º

COMPOSIÇÃO

O GCRP é composto por:

1. **Gabinete de Comunicação (GC);**
2. **Núcleo de Humanização e Acolhimento de Doentes e Familiares (NHADF).**

Artigo 4º
ÁREAS DE ATUAÇÃO

O GCRP atua ao nível dos seguintes campos de ação:

- Comunicação Interna;
- Comunicação com os Jornalistas;
- Comunicação Inter-Institucional;
- Relações Públicas e organização/acompanhamento de eventos;
- Atuação do NHADF que, com regulamento próprio, incide a sua acção em atividades relacionadas com o acolhimento de doentes, utentes, familiares, acompanhantes e demais públicos externos.

Artigo 5º
ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS do GC

1. O GC assegura o desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação, marketing e relações públicas que concorram para a promoção das principais áreas de intervenção do CHBV, em consonância com as orientações estratégicas definidas pelo CA.
2. Promove a comunicação externa e interna, em estreita interação com os media, contribuindo para a consolidação da imagem e reputação da instituição.
3. Salvaguarda a identidade da Imagem do CHBV e acompanhamento do desenvolvimento da mesma nas suas diversas utilizações e suportes.
4. Promove e acompanha a comunicação desenvolvida pelos colaboradores que prestam serviços de atendimento ao público.
5. Escuta, apoia e acompanha o público externo que contacta com o CHBV.
6. Compete designadamente ao GC:
 - a) Desenvolver Planos de Comunicação;
 - b) Desenvolver conteúdos noticiosos e informativos dirigidos ao público interno e externo, designadamente através de publicações informativas e promocionais sobre o CHBV, em suporte adequado ao público-alvo;
 - c) Assessorar a comunidade hospitalar, em questões específicas da área da informação e da comunicação, facilitando e promovendo a sua articulação com os órgãos de comunicação social;
 - d) Gerir a informação e conteúdos de carácter noticioso do CHBV;
 - e) Fomentar e gerir a comunicação interna através dos meios adequados e promover uma política de comunicação forte e eficaz;
 - f) Proceder à análise do impacto da informação difundida e a presença mediática do CHBV;
 - g) Administrar o portal Web do CHBV (nomeadamente no que concerne à definição e garantia de cumprimento do plano estratégico de comunicação Web do CHBV, análise e manutenção da estrutura de conteúdos do portal, acompanhamento da especificação de requisitos de implementação técnica, de novos desenvolvimentos, de inovações comunicacionais e do estudo da sua integração);
 - h) Gerir, em termos operacionais, o portal Web do CHBV, nomeadamente no que concerne à garantia da qualidade dos conteúdos;
 - i) Proceder à captação e divulgação de imagens de eventos e iniciativas;

- j) Gerir e manter as galerias fotográficas do CHBV e outras aplicações congéneres;
- k) Gerir os conteúdos na perspetiva do utilizador;
- l) Planear e organizar ações promocionais, de relações públicas e publicidade, de suporte ao plano de comunicação;
- m) Desenvolver ações de aproximação, motivação e captação dos públicos do CHBV;
- n) Promover a boa representação do CHBV em iniciativas e edições em que este seja convidado;
- o) Desenvolver ações de divulgação e promoção da saúde;
- p) Planear, organizar e acompanhar visitas científicas, técnicas ou educativas;
- q) Promover a identidade corporativa da instituição;
- r) Planear e organizar os eventos e cerimónias protocolares e institucionais;
- s) Apoiar a organização de iniciativas do CHBV que projetem a identidade da instituição e que contribuam para a divulgação das suas potencialidades;
- t) Gerir e disponibilizar o material informativo e promocional produzido;
- u) Desenvolver ações que visem uma comunicação institucional qualitativa nos serviços de atendimento aos utentes;
- v) Realizar inquéritos de avaliação da qualidade dos serviços.

Artigo 6º

ATRIBUIÇÕES DO RESPONSÁVEL

1 – O GCRP é dirigido por um responsável, com as seguintes atribuições e competências:

a) – Atribuições:

- Assessoria do CA.
 - Apoio na definição de normas e procedimentos institucionais;
 - Elaboração de estudos e pareceres de apoio à decisão;
- Apoio aos serviços na implementação e monitorização das políticas definidas superiormente.
- Elaboração de planos e relatórios de actividades.
- Coordenação e organização de eventos promocionais institucionais e protocolares;
- Gestão das pessoas, equipas, projetos e actividades.
- Avaliação de desempenho dos trabalhadores e identificação e planificação das necessidades de formação profissional.
- Elaboração de escalas mensais.
- Controlo e validação da assiduidade.
- Articulação interna entre os sectores e interlocução com entidades externas.
- Divulgação de informações interna e externas pertinentes.

Artigo 7º

DÚVIDAS E OMISSÕES

As dúvidas e omissões resultantes da interpretação do presente regulamento serão resolvidas pelo Presidente do CA do CHBV.

Anexo III

Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.



CENTRO HOSPITALAR
BAIXO VOUGA EPE

Humberto
27062013

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr. José Manuel Azenha Tereso
Presidente,

Dr. Fernando José R. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel Milhões Mendes Cabral
Vogal,

Dr.ª Maria Augusta Mota
Vogal,

REGULAMENTO INTERNO DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E.

e. A.
Divulgue-se
- Página (internet)
- Internet.

2.1.1. 2013

[Handwritten signatures and initials]

REGULAMENTO INTERNO
DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E.

INTRODUÇÃO

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. foi criado pelo Decreto-Lei, N.º 30/2011 de 2 de março e visa a integração, numa mesma organização, de três Unidades Hospitalares: Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. (Aveiro), Hospital Distrital de Águeda e Hospital Visconde de Salreu.

A reorganização da Rede Hospitalar figura entre as medidas estratégicas e prioritárias do XIX Governo Constitucional para a Área da Saúde, visando-se a prossecução de uma política de avaliação de oportunidades de fusão e de consequente concentração de Serviços que revelem **sobreposição** de capacidades instaladas.

Neste domínio e através de uma visão integrada e racional, pretende-se concretizar uma maior equidade territorial, prosseguindo-se, igualmente, **uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis**.

O Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. — no sentido de criar condições para o exercício de uma **Medicina Moderna**, centrada no **Bem-Estar do Utente** e na **Satisfação dos seus Profissionais** — adota, como eixo estruturante da sua atividade assistencial, um modelo de **“Governança Clínica”**. Pretende-se, com este modelo, garantir uma melhoria contínua da qualidade dos serviços e cuidados prestados rumo à **excelência** através da adoção, a todos os níveis, de **Boas Práticas** e no qual se sintam envolvidos todos os Profissionais. Por sua vez, o empenhamento de todos, num compromisso de atualização permanente e de formação sempre continuada, incrementará a segurança global e a **confiança dos Utentes** neste Centro Hospitalar.

Dos Profissionais de Saúde, o futuro exigirá uma clara e inequívoca assunção da responsabilidade por uma utilização criteriosa dos recursos disponíveis. Por outro lado, nada será obra de alquimia nem de alquimistas mas, antes, de trabalho sério, consistente e criterioso.

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º

Objeto

O presente Regulamento Interno fixa a missão, os valores, os objetivos, a área de influência, a estrutura organizativa, as atribuições e competências dos diversos órgãos e serviços bem como os princípios, normas de gestão e de funcionamento do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., adiante designado por CHBV.

Artigo 2.º

Natureza Jurídica, Constituição, Sede e Vinculação

1. O CHBV foi criado pelo **Decreto-Lei, N.º 30/2011, de 2 de março** e possui o Número de Identificação de Pessoa Coletiva que se segue: **510 123 210**.
2. O CHBV é uma Pessoa Coletiva de Direito Público, dotado de: personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. É ainda uma Entidade Pública Empresarial integrada no “Serviço Nacional de Saúde” e constituiu-se por fusão das seguintes Unidades Hospitalares:
 - a) Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. (Aveiro): Sede Social do CHBV;
 - b) Hospital Distrital de Águeda;
 - c) Hospital Visconde de Salreu (Estarreja).
3. A Sede Social do CHBV localiza-se na **Avenida Artur Ravara** da Cidade de **Aveiro**, situando-se, geograficamente, este Centro Hospitalar no Distrito de **Aveiro**. **Aveiro** é, igualmente, o Concelho a que pertence a sua Sede Social, a qual se situa, mais concretamente, na Freguesia da “**Glória**” da Cidade de **Aveiro**. Finalmente, refere-se o correspondente Código Postal: **3814-501 (Aveiro)**.
4. O CHBV vincula-se pela assinatura de, pelo menos, dois Membros do seu Conselho de Administração, adiante designado por CA.

Artigo 3.º

Missão

1. O CHBV assume, como “**Missão**”, prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como com a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores.
2. A atividade do CHBV assegura, a cada Utente, os cuidados de que, efetivamente, carece de acordo com as melhores práticas médicas e numa lógica de governação clínica, promovendo, simultaneamente, uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.
3. Faz, igualmente, parte da “**Missão**” do CHBV o desenvolvimento da “**Função Formação**” que for considerada necessária e adequada à atualização e monitorização de competências dos Colaboradores deste Centro Hospitalar numa tentativa e esforço de acompanhamento da dinâmica, também imparável, do conhecimento.

4. Para atingir tais desideratos elege como seus parceiros privilegiados o ACES do Baixo Vouga e a Universidade de Aveiro.

Artigo 4.º

Valores e Princípios

No desenvolvimento da sua atividade, o CHBV, os seus Profissionais e Colaboradores regem-se pelos seguintes “**Valores e Princípios**”:

- a) Responsabilidade e Transparência;
- b) Ética Profissional, a qual sustenta a confiança interna recíproca e a respeitabilidade pública;
- c) Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos Direitos dos Utentes/Doentes;
- d) Cultura do Conhecimento e da Excelência Técnico-Profissional;
- e) Colocação do Doente no **centro** de todos os processos e decisões;
- f) Melhoria Contínua da Qualidade em um ambiente seguro e amigável;
- g) Promoção do Mérito, do Rigor e da Avaliação Sistemática;
- h) Atividade orientada para Resultados;
- i) Cultura Interna de: Multidisciplinaridade, Trabalho em Equipa e Multiprofissional;
- j) Satisfação dos Profissionais e Colaboradores;
- k) Satisfação e Confiança de Todos os seus Utentes/Doentes;
- l) Respeito pelo Ambiente.

O CHBV tem, igualmente, em consideração aqueles oito valores fundamentais, a prosseguir por qualquer Serviço Público e que são, simultaneamente, os mais frequentemente proclamados nos países da OCDE. São eles: a imparcialidade, a legalidade, a integridade, a eficiência, a transparência, a responsabilidade, a igualdade e a justiça. A estes valores acrescem os deveres enunciados no “Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que Exercem Funções Públicas” (Lei, N.º 58/2008 de 9 de setembro). De igual modo, são considerados determinantes as regras e os princípios da “Carta Deontológica do Serviço Público” (Resolução do Conselho de Ministros, N.º 18/93).

Artigo 5.º

Visão

O CHBV pretende ser reconhecido, na Comunidade que serve, pela excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência; alcançar um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico e; constituir-se, igualmente, numa referência ao nível da formação pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Artigo 6.º

Objetivos

Na sua atuação, o CHBV pauta-se pela prossecução dos seguintes objetivos:

- a) prestar cuidados de saúde diferenciados em tempo clinicamente adequado e com elevados critérios de qualidade e humanidade;
- b) intervir/participar na prevenção da doença;

- c) otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- d) promover o ensino, a investigação e a formação profissional (particularmente nas áreas clínicas e de apoio clínico) como condição para uma prática de excelência;
- e) prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito e tendo como pressuposto o modelo "Governação Clínica";
- f) apoiar e incentivar o desenvolvimento de programas de melhoria da eficiência operacional bem como da gestão clínica num quadro de desenvolvimento económico-financeiro equilibrado e sustentável,
- g) desenvolver áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde;
- h) instituir uma política de formação contínua ao nível de todos os Colaboradores;
- i) promover, no âmbito da prestação de cuidados, a atuação integrada do CHBV com outras Unidades de Saúde de molde a que o Utente/Doente seja assistido e/ou acompanhado em Estabelecimento mais apropriado;
- j) prosseguir uma política de responsabilização "por resultados";
- k) incentivar o desenvolvimento de projetos de prestação de cuidados de saúde **em ambulatório e/ou apoio ao domicílio** de molde a minimizar o impacto da hospitalização.

Artigo 7.º

Legislação Aplicável

1. O CHBV rege-se pelo presente Regulamento Interno e pela seguinte legislação:
 - a) Decreto-Lei, N.º 30/2011 de 2 de março: cria com a natureza de Entidade Pública Empresarial o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.;
 - b) Decreto-Lei, N.º 93/2005 de 7 de junho: transforma em Entidade Pública Empresarial o Hospital Infante D. Pedro, S.A.;
 - c) Decreto-Lei, N.º 233/2005 de 29 de dezembro na redação atualizada pelo Decreto-Lei, N.º 244/2012 de 9 de Novembro;
 - d) Decreto-Lei, N.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro: cria vários Centros Hospitalares e aprova os respetivos Estatutos;
2. Legislação enquadadora:
 - a) Decreto-Lei, N.º 11/93 de 15 de janeiro: aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;
 - b) Lei, N.º 48/90 de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde;
 - c) Lei, N.º 27/2002 de 8 de novembro: aprova o Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar;
 - d) Decreto-Lei, N.º 558/99 de 17 de dezembro: estabelece o regime jurídico do Setor Empresarial do Estado e das Empresas Públicas.
3. Outras normas especiais decorrentes do seu objeto social e do presente Regulamento Interno.
4. Subsidiariamente, o CHBV rege-se ainda pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica ou cuja aplicação não esteja excluída por legislação especial.

Artigo 8.º

Objeto e Área Geodemográfica

1. O CHBV tem por objeto a prestação de cuidados de saúde de acordo com o seu grau de diferenciação e o seu posicionamento no contexto do “Serviço Nacional de Saúde”.
2. O CHBV detém uma área de influência física que corresponde, praticamente, à totalidade do “Baixo Vouga” com exceção dos Concelhos de Ovar, Anadia e Mealhada. Esta sub-região limita a Norte com o Grande Porto e o Entre Douro e Vouga; a Leste com o Dão-Lafões; a Sul com o Baixo Mondego e a Oeste com o Oceano Atlântico.
3. A delimitação geográfica de intervenção definida para o CHBV **não** pode conflitar com o **princípio da universalidade** (consagrado no “Serviço Nacional de Saúde”) e da **liberdade de escolha** no respeito, sempre, pelas regras de organização e de articulação com as Redes de Referência Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários já definidas ou que vierem a ser definidas superiormente.
4. O CHBV pode, acessoriamente, explorar serviços e efetuar operações civis e comerciais relacionadas, direta ou indiretamente, no todo ou em parte, com o seu objeto social ou que sejam suscetíveis de facilitar ou favorecer a sua realização desde que, devidamente, autorizadas.
5. Sempre que considerar estrategicamente oportuno e com o objetivo de alcançar os níveis de eficiência e de rentabilização de recursos estabelecidos em “Contratos-Programa”, o CHBV poderá prestar cuidados de saúde fora da sua área de influência direta nas especialidades já existentes ou em outras que venha a ser possível criar, preferencialmente na região do Baixo Vouga.

Artigo 9.º

Formas Inovadoras de Gestão

1. O CHBV assegura a prestação de cuidados de saúde e as demais atividades complementares através de meios próprios ou de terceiras entidades, estabelecendo, para o efeito e no quadro legal em vigor, formas de contratualização e os acordos de cooperação que melhor correspondam à concretização do seu objeto social.
2. O CA, igualmente no quadro legal em vigor, pode acordar no estabelecimento de incentivos associados à execução de projetos estratégicos para o CHBV ou a práticas inovadoras de reconhecida excelência.

CAPÍTULO II

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS

Artigo 10.º

Níveis de Gestão

1. Em sede de funcionamento do CHBV, este Centro Hospitalar tem como preocupação nuclear monitorizar e assegurar os objetivos “**qualidade**” e “**eficiência**” na prestação de cuidados de saúde, prosseguindo, igualmente, o “**princípio da responsabilização da gestão**”.

2. O CHBV aposta num modelo de gestão participada, o qual compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, assentando na contratualização interna de objetivos e correspondentes meios.
3. Ao CA, no que concerne ao nível estratégico, compete identificar e estabelecer os objetivos, definir as estratégias, validar e consolidar os planos, assegurar a sua execução e continuidade, monitorizando, acompanhando e avaliando, sistematicamente, recorrendo, para o efeito, a políticas de contratualização interna.
4. Aos Serviços e Unidades Funcionais, ao nível da gestão operacional, incumbe a prestação direta de cuidados de acordo com os objetivos e metas contratualizados, pelo CA, para cada nível intermédio de gestão (Departamentos e Centros de Responsabilidade) e consubstanciados em “Planos de Atividades/Programas” e correspondentes orçamentos.
5. Sem prejuízo do disposto nos nºs 3 e 4 e tendo em vista a melhoria da prestação dos cuidados de saúde bem como do desempenho e da satisfação dos Profissionais, o CHBV pode estabelecer parcerias nas quais participam Profissionais deste Centro Hospitalar ou Entidades Externas.

Artigo 11.º

Governança Clínica

1. A estrutura clínica, de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade, deverá adotar um modelo de “Governança Clínica”, o qual pressupõe o envolvimento de todos os Profissionais, baseando-se, simultaneamente, num controlo rigoroso do exercício profissional. Este deverá ser autorregulado e de responsabilização pelas práticas. Tal requer a definição prévia de padrões aceitáveis e a implementação de um sistema integrado que garanta a qualidade dos mesmos de molde a que fique realçado e evidenciado o desempenho dos Profissionais.
2. Para além dos princípios subjacentes ao modelo de “Governança Clínica”, anteriormente referidos e na sequência da longa tradição de prestação de cuidados diferenciados e de qualidade nos Hospitais que, por fusão, integram o CHBV, deverão ser concretizados, ao nível de toda a estrutura clínica deste Centro Hospitalar, os seguintes objetivos específicos:
 - a) Responsabilizar, claramente, a Organização e, de modo individual, os seus Profissionais pela garantia da prestação de serviços e de cuidados de qualidade, apostando-se, sempre, na sua melhoria contínua no sentido da conquista total da **confiança** dos Utentes do CHBV;
 - b) Garantir a melhor e saudável **articulação** entre Gestores, Chefias e restantes Profissionais de molde a estabelecer-se e a conseguir-se, de acordo com as regras do “Serviço Nacional de Saúde”, um equilíbrio correto entre os Recursos Humanos e Financeiros bem como a compreensão face à disponibilização de práticas modernas e de qualidade, as quais devem adequar-se às necessidades sentidas pelos Doentes e expectáveis pelos Profissionais;
 - c) Planear as atividades e os cuidados centrados nas necessidades dos Utentes e das suas Famílias, disponibilizando informação acessível, ouvindo-os e envolvendo-os através de uma relação correta e

transparente no sentido de melhorar a **confiança** dos mesmos no CHBV e no sistema de saúde;

- d) Promover a abordagem sistemática de redução de riscos para o Utente através do desenvolvimento de uma cultura de segurança no CHBV, aprendendo-se com os erros e **partilhando-se** a aprendizagem;
- e) Diminuir a variabilidade nos processos e resultados através da sua revisão permanente;
- f) Garantir um trabalho, **em equipa**, entre os Profissionais de Saúde bem como apostar na formação de atualização de conhecimentos e de práticas, devendo a atividade de supervisão ser encarada à luz do seu objetivo primordial: incremento da prestação de cuidados **sempre** com qualidade e segurança **acrescidas**. Isto é: é **sempre** possível fazer **MELHOR** e de modo **ainda MAIS SEGURO**.
- g) Adotar, **sistematicamente**, práticas baseadas *“em evidência”* bem como em *“boas práticas reconhecidas”*, reduzindo-se e limitando-se, deste modo, os riscos inerentes até à boa prática clínica.

CAPÍTULO III

ESTRUTURA ORGÂNICA

Artigo 12.º

ÓRGÃOS

O CHBV compreende os seguintes Órgãos:

- a) O Conselho de Administração;
- b) O Fiscal Único;
- c) O Conselho Consultivo.

SECÇÃO I

Do Conselho de Administração

Artigo 13.º

Composição e Competências

1. O CA é constituído pelo Presidente e por quatro Vogais, nomeados por Despacho Conjunto de Suas Excelências, os Ministros das Finanças e da Saúde, desempenhando um dos Vogais o cargo de Diretor Clínico e o Outro Vogal o Cargo de Enfermeiro-Diretor.
2. Para além das competências próprias do CA, das específicas do Presidente do CA, do Diretor Clínico e do Enfermeiro-Diretor previstas nos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (ANEXO II ao Decreto-Lei, N.º 233/2005, de 29 de dezembro na redação atualizada pelo Decreto-Lei, N.º 244/2012 de 9 de novembro), a cada um dos Vogais do CA poderá ser atribuída a responsabilidade por pelouros próprios (com ou sem delegação de competências), definindo-se, em ata, os limites e condições das delegações atentas as restrições previstas na lei.
3. O CA pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direção e chefia, com exceção das previstas nas alíneas a) a j) do n.º 1, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

Artigo 14.º

Funcionamento do CA

1. O CA reúne semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo seu Presidente ou por solicitação de dois dos seus Membros ou do Fiscal Único.
2. As deliberações são tomadas por maioria simples, tendo o Presidente voto de qualidade.
3. De cada reunião será lavrada a respetiva ata (a aprovar na reunião seguinte) e na qual deverá constar o resumo das deliberações e a transcrição, se as houver, das declarações de voto.
4. A fim de facilitar a sua execução, as deliberações do CA podem ser, igualmente, exaradas, sob a forma de despacho, nos documentos a que dizem respeito.
5. As regras de funcionamento do CA, constantes no presente artigo e artigos seguintes, podem, a todo o tempo, uma ou mais vezes, ser alteradas por este Órgão.

Artigo 15º

Ausências e Impedimentos

1. Nas suas ausências e impedimentos, o Presidente do CA é substituído por um Vogal por ele designado.
2. Cada Vogal é substituído, nas suas ausências e impedimentos, pelo Presidente do CA ou por outro Vogal por ele designado.
3. O Diretor Clínico e o Enfermeiro-Diretor, nas suas ausências ou impedimentos e no que concerne ao exercício das suas funções técnicas, são substituídos pelos Adjuntos do Diretor Clínico e do Enfermeiro-Diretor que, por estes, forem designados.

Artigo 16.º

Reuniões

1. A reunião semanal do CA tem lugar em dia e hora fixos.
2. As reuniões do CA só serão válidas desde que se encontre presente a maioria dos seus Membros.
3. A alteração das datas e horas das reuniões pode ocorrer sempre que, por motivo justificado, o Presidente do CA o determine.
4. A alteração prevista no número anterior não deve comprometer a realização de uma reunião semanal do CA.
5. Podem ainda participar nas reuniões do CA, mas sem direito a voto, quaisquer outros Profissionais que sejam especialmente convocados por indicação do seu Presidente.

Artigo 17.º

Ordem do Dia

1. As reuniões do CA obedecem a uma “*ordem do dia*”, a qual é fixada na respetiva agenda.
2. A “*ordem do dia*” é entregue a todos os Membros do CA com a antecedência de, pelo menos, vinte e quatro horas sobre a data da reunião.

3. Antes de entrar na “*ordem do dia*”, haverá lugar a um período limitado para avaliação de assuntos dela não constantes, cabendo ao Presidente do CA a decisão de eventual inclusão dos mesmos nos trabalhos.

Artigo 18.º

Confidencialidade

1. Salvo para efeitos de negociação, audição ou pedido de Entidade Judicial, a efetuar, sempre, nos termos da lei, é vedada a divulgação das deliberações do CA até à aprovação final da(s) respetivas ata(s).
2. Os Membros do CA devem tomar as providências necessárias e adequadas de molde a obstar qualquer violação da referida confidencialidade.

Artigo 19.º

Legislação Subsidiária

A tudo quanto não esteja ou não foi previsto nos artigos anteriores, aplicam-se, subsidiariamente, as regras constantes nos artigos 14.º a 28.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aprovado pelo Decreto-Lei, N.º 442/91 de 15 de novembro com as alterações a este introduzido pelo Decreto-Lei, N.º 6/96 de 31 de janeiro.

Artigo 20.º

Estrutura dos Órgãos de Direção Técnica

1. Tendo, particularmente, em consideração a dimensão e a complexidade do CHBV, o Diretor Clínico e o Enfermeiro-Diretor exercem a sua atividade de forma desconcentrada, podendo propor ao CA a nomeação de Adjuntos para as Unidades Hospitalares que integram o CHBV e neles subdelegando as competências que permitam monitorizar uma mais ampla melhoria operacional bem como, também, um mais eficaz acompanhamento da atividade Clínica e de Enfermagem deste Centro Hospitalar perspectivado no seu todo.
2. O Diretor Clínico e o Enfermeiro-Diretor poderão, ainda, no âmbito das suas funções, ser coadjuvados por Adjuntos até a um máximo de três Elementos, os quais são nomeados pelo CA sob proposta, respetivamente, do Diretor Clínico e do Enfermeiro-Diretor.
3. A remuneração dos Adjuntos do Diretor Clínico e dos Adjuntos do Enfermeiro-Diretor é a que for definida e fixada através de deliberação do CA.

SECÇÃO II

Do Fiscal Único

Artigo 21.º

Fiscal Único

A nomeação, natureza, mandato, exercício de funções e regime de substituição bem como as competências do Fiscal Único são os constantes dos Estatutos (artigos 15.º e 16.º) dos Hospitais E.P.E. (ANEXO II ao Decreto-Lei, N.º 233/2005 de 29 de dezembro na redação atualizada pelo Decreto-Lei, N.º 244/2012 de 9 de novembro).

SECÇÃO III
Do Serviço de Auditoria Interna

Artigo 22.º

Serviço de Auditoria Interna

1. O Auditor Interno é recrutado pelo CA de entre individualidades que reúnam os seguintes requisitos:
 - a) Qualificação técnica, competências e experiência em auditoria;
 - b) Inscrição no organismo nacional que regule a atividade de auditoria interna.
2. O Serviço de Auditoria Interna depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração.
3. As competências, a direção do “Serviço de Auditoria Interna”, a duração do mandato do Auditor Interno e sua retribuição mensal (entre outros aspetos) constam do disposto no artigo 17.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Anexo II ao Decreto-Lei, N.º 233/2005 de 29 de dezembro na redação atualizada pelo Decreto-Lei, N.º 244/2012 de 9 de novembro).

SECÇÃO IV

Do Conselho Consultivo

Artigo 23º

Natureza, Composição, Competências e Funcionamento

1. O Conselho Consultivo é o órgão de consulta do CHBV cuja composição, competências, mandato dos seus membros e modo de funcionamento constam do disposto nos artigos 18.º, 19.º e 20.º dos Estatutos dos Hospitais E.P.E. (Anexo II ao Decreto-Lei, N.º 233/2005 de 29 de dezembro na redação atualizada pelo Decreto-Lei, N.º 244/2012 de 9 de Novembro).
2. O Conselho Consultivo reúne, pelo menos, uma vez por ano.
3. As regras de funcionamento do Conselho Consultivo são definidas em regulamento próprio, o qual deve incluir a previsão da substituição dos seus membros em situações de falta ou impedimento.

SECÇÃO V

Comissões de Apoio Técnico

Artigo 24.º

Natureza, Constituição, Mandatos e Funcionamento das Comissões de Apoio Técnico

1. Para atuação em matérias especializadas de interesse comum e com carácter consultivo, o CHBV constituirá comissões permanentes ou eventuais.
2. São órgãos permanentes de apoio técnico do CHBV os seguintes:
 - a) A Comissão Médica;
 - b) A Comissão de Enfermagem;
 - c) A Comissão de Ética;
 - d) A Comissão de Qualidade e Segurança do Doente;
 - e) A Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar;
 - f) A Comissão de Farmácia e Terapêutica;

- g) A Comissão de Coordenação Oncológica;
 - h) A Direção do Internato Médico;
 - i) Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez;
 - j) Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência;
 - k) Conselho de Coordenação da Avaliação;
 - l) Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.
3. Compete ao CA, sob proposta do diretor clínico, a designação do presidente e dos membros das comissões de apoio técnico previstas no número anterior.
 4. Os mandatos dos membros das comissões de apoio técnico coincidem com a vigência do mandato do CA, podendo, no entanto, a todo o tempo, haver lugar à sua recomposição ou sua cessação.
 5. As comissões de apoio técnico deverão, no prazo de sessenta dias após a sua nomeação e constituição, elaborar e submeter, para apreciação e posterior aprovação pelo CA, os correspondentes regulamentos de funcionamento próprio, sendo obrigatório prever-se, nos respetivos articulados, a transcrição, para ata e para que conste, de todas as deliberações.
 6. Cada comissão de apoio técnico deve apresentar e submeter à aprovação do CA um plano anual de atividades e o respetivo relatório de execução.
 7. O CA pode, por sua iniciativa ou por proposta de outros órgãos, criar outras comissões ou grupos de trabalho com carácter permanente ou temporário.

Artigo 25.º

Comissão Médica

1. A “***Comissão Médica***” integra, para além do seu presidente, os respetivos adjuntos e os diretores de Centros de Responsabilidade (se, eventualmente, constituídos) e de Departamentos de Ação Médica.
2. A “***Comissão Médica***” é presidida pelo Diretor Clínico e deverá acompanhar e avaliar, periódica e sistematicamente, a atividade clínica do CHBV, designadamente os aspetos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos médicos.
3. O Diretor Clínico poderá convocar, para participar nas reuniões plenárias da “***Comissão Médica***”, médicos responsáveis de serviços ou de unidades funcionais bem como os presidentes de órgãos de apoio técnico ou de outros órgãos específicos consoante os assuntos em discussão.
4. A “***Comissão Médica***” funciona em plenário mensal e, extraordinariamente, sempre que convocada pelo seu presidente sem prejuízo de poder funcionar em comissões especializadas ou de âmbito restrito, quando tal se mostre necessário e adequado.

Artigo 26.º

Comissão de Enfermagem

1. A “***Comissão de Enfermagem***” é o órgão de apoio técnico à decisão do Enfermeiro-Diretor, acompanhando e avaliando, periódica e sistematicamente, o exercício da enfermagem e a formação dos respetivos profissionais.

2. A ***“Comissão de Enfermagem”*** é presidida pelo Enfermeiro-Diretor e integra, para além do seu presidente, os respetivos adjuntos, os enfermeiros responsáveis de Departamentos e de Centros de Responsabilidade (se, eventualmente constituídos), e os enfermeiros Chefes/responsáveis dos serviços ou unidades funcionais.
3. A ***“Comissão de Enfermagem”*** poderá integrar, nas reuniões plenárias e por convocatória do Enfermeiro-Diretor, outros enfermeiros ou profissionais cuja presença se revele necessária.
4. A ***“Comissão de Enfermagem”*** reúne em plenário, por convocatória do Enfermeiro-Diretor e pode funcionar em comissões especializadas ou de âmbito restrito, sempre que tal se revele necessário.
5. Compete à ***“Comissão de Enfermagem”***, nomeadamente:
 - a) colaborar na definição de padrões de cuidados de enfermagem e de indicadores para avaliação desses cuidados,
 - b) dar parecer sobre os assuntos submetidos à sua apreciação pelos órgãos de administração e direção técnica do CHBV;
 - c) dar parecer e colaborar na execução da regulamentação interna para o setor de enfermagem;
 - d) Colaborar na definição das políticas ou diretivas de formação e investigação em enfermagem.

Artigo 27.º

Comissão de Ética

1. À ***“Comissão de Ética”***, como órgão multidisciplinar de apoio ao CA, ao pessoal de saúde e aos Utentes, compete, nomeadamente, pronunciar-se sobre aspetos de natureza bioética próprios de um Centro Hospitalar com atividades assistenciais, de ensino e, também, de investigação.
2. A ***“Comissão de Ética”*** rege-se pelas disposições do Decreto-Lei, N.º 97/2005, de 10 de maio e da Lei, N.º 46/2004, de 19 de Agosto.

Artigo 28.º

Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

1. À ***“Comissão de Qualidade e Segurança do Doente”*** cabe a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade, segurança e humanização que satisfaça os objetivos estratégicos do CHBV e lhe confira o reconhecimento de excelência num quadro de respeito pelas recomendações da União Europeia mencionadas no preâmbulo do Decreto-Lei, N.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro.
2. A política de qualidade e segurança, a prosseguir, incluirá a aplicação global, setorial ou local de normas de certificação e de acreditação de acordo com as opções estratégicas do CHBV.
3. A ***“Comissão de Qualidade e Segurança do Doente”*** é constituída por uma equipa pluridisciplinar, nomeada pelo CA sob proposta do Diretor Clínico, sendo os seus membros oriundos de diferentes setores profissionais.
4. A ***“Comissão de Qualidade e Segurança do Doente”*** é presidida pelo presidente do CA ou pelo elemento em quem este delegar.

5. No âmbito do desenvolvimento dos objetivos estratégicos definidos pelo CA, ***“Compete à Comissão de Qualidade e Segurança do Doente”***, nomeadamente:
- a) Apoiar o CA na definição da política de qualidade, segurança e humanização (**orientada para o Utente**) num contexto de **melhoria contínua**;
 - b) Aplicar o plano de qualidade, segurança e humanização do CHBV;
 - c) Apresentar o “Plano de Ação Anual” com previsão dos recursos necessários à sua execução;
 - d) Acompanhar as atividades dos diferentes setores do CHBV, designadamente as incluídas no “Plano de Ação Anual”;
 - e) Avaliar, de modo **contínuo e sistemático**, as diferentes dimensões da qualidade, **incluindo a dos custos da não qualidade**;
 - f) Promover o desenvolvimento de políticas orientadas para a satisfação dos Utentes;
 - g) Analisar os relatórios provenientes do “Gabinete do Utente” e propor, sendo caso disso, medidas corretivas;
 - h) Definir critérios de avaliação, acompanhamento e monitorização da qualidade dos serviços.
 - i) Aprovar o “Relatório de Atividades”.

Artigo 29.º

Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar

1. À ***“Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”*** compete, nomeadamente, a vigilância epidemiológica, a elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de ***“Boas Práticas”***, a formação e a informação aos profissionais de saúde, utentes e visitantes e a consultadoria e apoio nesta área.
2. A ***“Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”*** integra profissionais, nomeados pelo CA, sob proposta do Diretor Clínico, designada e, preferencialmente, com formação em microbiologia, infeciologia, cirurgia, medicina interna, epidemiologia, saúde pública, enfermagem, farmácia hospitalar e, obrigatoriamente, o “Gestor do Risco Clínico”.
3. São órgãos da ***“Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”***:
 - a) O Coordenador;
 - b) O Núcleo executivo;
 - c) O Núcleo de Apoio Técnico e Consultivo;
 - d) O Núcleo de Membros Dinamizadores.
4. A ***“Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”*** tem a composição e as competências constantes do Despacho do Senhor Diretor-Geral da Saúde de 23/08/96, publicado na II Série do D.R., N.º 246 de 23/10/96.
5. A ***“Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar”*** rege-se e é organizada pelas disposições estabelecidas no Despacho, n.º 14178/2007 de Sua Excelência, o Senhor Ministro da Saúde (publicado no D.R., 2.ª Série, de 4 de julho) bem como no Despacho 18052/2007 do Senhor Diretor-Geral da Saúde (publicado no D.R., 2.ª Série, de 14 de agosto) e ainda pelo disposto na Circular Normativa 18/DSQC/DSC de 15 de outubro de 2007 da Direção-Geral da Saúde.

Artigo 30.º

Comissão de Farmácia e Terapêutica

1. A ***“Comissão de Farmácia e Terapêutica”*** é constituída, em paridade, por três médicos e três farmacêuticos nomeados pelo CA sob proposta do Diretor Clínico, contando ainda com a participação do Diretor do Serviço de Aprovisionamento sem direito a voto.
2. A ***“Comissão de Farmácia e Terapêutica”*** é presidida pelo Diretor Clínico ou por um médico por si designado.
3. Compete à ***“Comissão de Farmácia e Terapêutica”***, designadamente:
 - a) Atuar como órgão consultivo e de interligação entre os serviços de prestação de cuidados e os serviços farmacêuticos;
 - b) Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar e suas adendas;
 - c) Pronunciar-se, dentro do respeito pelas regras deontológicas e sob solicitação do Diretor Clínico, sobre a correção da terapêutica prescrita a Utentes;
 - d) Informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo;
 - e) Dar parecer sobre novos medicamentos a adquirir;
 - f) Elaborar as adendas de aditamento ou exclusão ao Formulário Hospitalar de Medicamentos;
 - g) Definir e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos;
 - h) Avaliar os protocolos terapêuticos em uso nas unidades de prestação de cuidados;
 - i) Apreciar, com cada serviço hospitalar e após emissão de parecer obrigatório pelo Diretor dos Serviços Farmacêuticos do CHBV, os custos da terapêutica que, periodicamente, lhe são submetidos **sem menosprezar aqueles custos que respeitam à medicação “cedida em ambulatório”**;
 - j) Elaborar, observando parecer de custos, a emitir pelo Diretor dos Serviços Farmacêuticos, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de ação médica;
 - k) Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.
4. A ***“Comissão de Farmácia e Terapêutica”*** reúne, obrigatoriamente, com periodicidade trimestral sem prejuízo de poder reunir sempre que o presidente a convoque.
5. As reuniões trimestrais da ***“Comissão de Farmácia e Terapêutica”*** abordarão, nomeadamente, a recolha de informação sobre a prescrição e utilização de medicamentos no ambiente hospitalar, tendo em vista a eficácia do tratamento do Utente e o objetivo de poupança e racionalidade na gestão de stocks.
6. No âmbito das competências, composição e modo de funcionamento, as ***“Comissões de Farmácia e Terapêutica”*** regem-se pelo Despacho, N.º 1083/2004 de Sua Excelência, o Senhor Ministro da Saúde, datado de 1 de dezembro de 2003 e publicado na II Série do D.R., N.º 14 de 17 de janeiro de 2004.

Artigo 31.º

Comissão de Coordenação Oncológica

1. À ***“Comissão de Coordenação Oncológica”*** compete apoiar o CA sobre as matérias que forem da sua competência.
2. A ***“Comissão de Coordenação Oncológica”*** é presidida pelo Diretor Clínico ou por um elemento por si indicado.
3. Para além do seu presidente, integram a ***“Comissão de Coordenação Oncológica”*** especialistas oriundos, designadamente, das áreas de: cirurgia, oncologia médica, anatomia patológica, hematologia clínica e outros profissionais envolvidos no diagnóstico e/ou tratamento de Utentes com patologia tumoral maligna, os quais são nomeados pelo CA sob proposta do Diretor Clínico.
4. A composição, a constituição, o mandato, a direção e as competências da ***“Comissão de Coordenação Oncológica”*** regem-se pelo disposto na Portaria, N.º 420/90, de 8 de junho e ainda pela Resolução do Conselho de Ministros, N.º 129/2001 de 17 de agosto.

Artigo 32.º

Direção do Internato Médico

1. As competências da ***“Direção do Internato Médico”*** regem-se pelo disposto no Decreto-Lei, n.º 203/2004 de 18 de agosto na redação introduzida pelo Decreto-Lei, N.º 45/2009 de 13 de fevereiro.
2. O Internato Médico rege-se por legislação própria: Portaria, N.º 251/2011 de 24 de junho (Regulamento do Internato Médico) e Portaria, N.º 111/2011 de 18 de março que altera a Portaria, N.º 1499/2004 de 28 de dezembro (Programa de Formação do Ano Comum).

Artigo 33.º

Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez

A ***“Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez”*** tem a composição e funciona de acordo com o disposto no artigo 20.º da Portaria, N.º 741-A/2007 de 21 de junho, estabelecendo este diploma legal as medidas a adotar (pelos Estabelecimentos de Saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos) com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal com a redação atualizada pela Lei, N.º 16/2007 de 17 de Abril, a qual dispõe sobre as circunstâncias de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.

Artigo 34.º

Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência

1. A ***“Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência”*** tem a seguinte composição:
 - a) Comissão Permanente:

- ☑Presidente do Conselho de Administração;
- ☑Diretor do Serviço de Urgência;
- ☑Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência;
- ☑Gestor do Risco Geral;

☑Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos.

b) Comissão Alargada:

- ☑Comissão Permanente;
- ☑Diretor Clínico;
- ☑Enfermeiro-Diretor;
- ☑Diretor do Serviço de Segurança e Ambiente;
- ☑Diretor do Serviço de Gestão de Materiais;
- ☑Diretor dos Serviços Farmacêuticos;
- ☑Responsável da Unidade de Psicologia Clínica;
- ☑Diretor do Serviço de Informática e Análise de Sistemas;
- ☑Diretor dos Serviços Gerais;
- ☑Coordenador do Gabinete de Comunicação, Imagem e Relações Públicas;

c) Os membros da presente comissão são nomeados pelo Conselho de Administração.

2. São competências da “Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência”, nomeadamente:

- a) assessorar, tecnicamente, o Conselho de Administração no âmbito do planeamento da emergência, interna e externa, e consequente conceção, implementação e avaliação de procedimentos adequados a uma intervenção eficaz;
- b) elaborar os Planos de Emergência (interna e externa) de todos os edifícios que integram e pertencem ao CHBV, E.P.E.;
- c) articular o planeamento, exercícios e treinos com as estruturas internas bem como com todos os Organismos/Entidades externas que detêm responsabilidades no apoio e socorro;
- d) propor a constituição de um “Gabinete de Crise” e de estruturas operacionais de emergência;
- e) disponibilizar-se para participar na elaboração dos “Planos de Emergência” dos complexos químicos e industriais da área de influência do CHBV, E.P.E. de molde a que qualquer intervenção resulte fortalecida, na sua eficácia, através da organização conjunta e partilhada de recursos materiais e humanos;
- f) manter atualizados e operacionais os Planos de Emergência, procedendo à sua revisão e atualização periódicas de acordo com a análise e deteção de eventuais riscos, programando, simultaneamente, uma atuação, ao nível do CHBV, E.P.E., para uma situação de risco potencial;
- g) proceder a uma divulgação alargada dos Planos de Emergência e monitorizar uma política sistemática de informação;

- h) promover, com a periodicidade que se revelar adequada, a formação e o treino dos Colaboradores do CHBV, E.P.E. em conformidade com os Planos de Emergência;
 - i) instilar e enfatizar, de forma sistemática e persistente, uma cultura e hábitos/atitudes/comportamentos de prevenção no seio do CHBV, E:P.E.;
 - j) emitir pareceres relativamente a todos os assuntos que tenham a ver com a sua área de intervenção e sempre que os mesmos forem solicitados pelo Conselho de Administração.
3. A organização, o funcionamento e os mecanismos de ativação do plano de emergência interna e do plano de emergência externa, as formas de atuação, a formação dos Profissionais e outras matérias conexas devem constar, obrigatoriamente, de documentos próprios;
4. A “Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência” deverá funcionar segundo regulamento próprio, a aprovar pelo Conselho de Administração e do qual deverá constar a obrigatoriedade de elaboração do “Plano Anual de Atividades” bem como do correspondente “Relatório de Atividades” a submeter, ambos, ao Conselho de Administração para os devidos efeitos.

Artigo 35.º

Conselho de Coordenação da Avaliação

1. O “***Conselho de Coordenação da Avaliação***” é um órgão de apoio técnico ao Conselho de Administração, atuando no contexto do sistema de avaliação do desempenho.
2. Os Membros do “***Conselho de Coordenação da Avaliação***” são nomeados pelo Conselho de Administração nos termos da legislação em vigor no que concerne à presente matéria.
3. O sistema de avaliação de desempenho de cada Profissional constitui um instrumento de gestão e de motivação profissional, o qual não pode nem deve dissociar-se do Plano Estratégico de Objetivos do CHBV, E.P.E. bem assim daqueles que são pertença e desejo dos seus Colaboradores.
4. O sistema de avaliação de desempenho porque assenta e num conjunto ponderado de fatores de avaliação, em estreita ligação com a produtividade alcançada, a eficiência conseguida na gestão de recursos e a qualidade dos resultados obtidos, constitui, ***de per si***, um instrumento objetivo que, em muito, pode contribuir para o apaziguamento de eventuais situações de hipotético “***conflito***”.
5. O sistema de avaliação de desempenho é operacionalizado em função dos princípios legais previstos para cada carreira profissional e/ou situação existente no CHBV, E.P.E..
6. Pela sua abrangência e importância, refere-se, em particular e em sede normativa, a Lei, N.º 66-B/2007 de 28 de Dezembro.

Artigo 36.º

Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

1. O “***Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica***” tem a composição e as atribuições definidas no artigo 13.º do Decreto-Lei, N.º 564/99 de 21 de Dezembro.
2. O “***Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica***” é constituído pelos Técnicos Coordenadores ou, na inexistência destes, pelo Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (da respetiva profissão) na categoria mais elevada.
3. Compete ao Conselho Técnico promover a articulação das atividades das várias profissões e emitir pareceres sobre matérias relacionadas com o exercício profissional no âmbito das atividades de diagnóstico e terapêutica.

CAPÍTULO IV

ORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA

Artigo 37.º

Tipologia

O CHBV encontra-se organizado em três áreas distintas:

- a) Departamentos, Serviços ou Unidades Funcionais;
- b) Serviços de apoio logístico direto à prestação de cuidados;
- c) Serviços de apoio logístico geral.

Artigo 38.º

Departamentos, Serviços e Unidades Funcionais

1. Os recursos do CHBV são organizados em Departamentos, Serviços e Unidades Funcionais.
2. O Serviço é a unidade básica da organização, sendo dirigido por responsável próprio
3. As Unidades Funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em Serviços ou partilhadas por distintos Serviços.
4. O Departamento é um conjunto de Serviços e/ou Unidades Funcionais que, pela afinidade dos cuidados prestados, se encontram agregados numa orientação técnica comum.

Artigo 39.º

Regime das Funções de Direção

1. O desempenho das funções de direção, chefia e coordenação é efetuado em regime de comissão de serviço, nos termos do Código do Trabalho, de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei, n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro.
2. Compete ao CA a nomeação de colaboradores para o exercício de funções de direção, chefia e coordenação bem como a atribuição dos eventuais e correspondentes acréscimos remuneratórios, os quais constam de acordo específico celebrado com o CA, observando-se, sempre, as disposições legais aplicáveis na vertente matéria.
3. Os titulares dos cargos de direção, chefia e coordenação podem ser exoneros, pelo CA, do exercício das funções em referência com fundamento na supe-

rior conveniência para o serviço, por inobservância da lei ou dos regulamentos aplicáveis, por não cumprimento das deliberações do CA ou incumprimento dos objetivos estabelecidos.

Artigo 40.º

Competências e Princípios Gerais de Direção

1. Compete a todos os responsáveis dos Departamentos, Serviços e Unidades pôr em prática as atividades próprias do ciclo de gestão e em particular:
 - a) Planear de acordo com os objetivos gerais de exploração para o CHBV, tendo como instrumentos o plano de ação e o orçamento;
 - b) Executar, pondo em prática as medidas constantes do plano a médio prazo;
 - c) Acompanhar, mensalmente, o cumprimento dos objetivos e reportar para o nível superior os resultados atingidos;
 - d) Corrigir os desvios, tomando as medidas apropriadas.
2. Todos os responsáveis seguirão as melhores práticas na gestão dos recursos colocados sob a sua direção:
 - a) Orientando a atividade do Departamento ou Serviço na satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes;
 - b) Exercendo a sua atividade operacional através da melhoria contínua da estrutura, dos processos e dos resultados, identificando e resolvendo problemas e estabelecendo a comparação com outros Centros Hospitalares com melhor nível de desempenho;
 - c) Promovendo a valorização dos recursos humanos através da atualização do conhecimento e das técnicas utilizadas e do envolvimento nas atividades de criação de valor;
 - d) Estabelecendo processos multidisciplinares e intersectoriais de trabalho;
 - e) Mantendo um sistema eficaz de controlo, destinado à salvaguarda dos ativos e à economia no consumo de recursos;
 - f) Assegurando um sistema de informação qualificado, íntegro e fiável;
 - g) Providenciando uma adequada gestão dos recursos do Departamento ou Serviço, com base em padrões de qualidade e de eficiência;
3. O pessoal com funções de direção pode delegar competências, reservando sempre o controlo das atividades delegadas.

SECÇÃO I

Departamento ou Serviços de Prestação de Cuidados

Artigo 41.º

Competências do Diretor do Departamento

Constituem competências do Diretor do Departamento, designadamente:

- a) dirigir, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros Profissionais, toda a atividade dos Serviços que integram o Departamento, respondendo, perante o Conselho de Administração, pelo cumprimento dos objetivos fixados;

- b) garantir que o funcionamento do Departamento se oriente de acordo com as políticas estratégicas e os objetivos organizacionais definidos pelo Conselho de administração;
- c) assegurar a adequação, qualidade, eficácia e eficiência técnica dos cuidados de saúde prestados pelo Departamento e proceder à sua avaliação sistemática;
- d) coordenar a elaboração, de acordo com a legislação em vigor e as orientações internas, dos horários de trabalho e dos planos de férias do Pessoal Médico afeto ao Departamento e exercer outras competências, relativas a Recursos Humanos, que, eventualmente, venham a ser delegadas;
- e) assegurar o escrupuloso cumprimento dos regimes de trabalho de todo o Pessoal afeto ao Departamento;
- f) participar na gestão funcional de toda a equipa multidisciplinar e multiprofissional em estreita articulação e colaboração com os restantes Elementos da Direção do Departamento, podendo subdelegar competências a Chefias Globais ou Sectoriais, salvaguardando, porém e sempre, a autonomia técnica específica de cada especialidade e profissão;
- g) compatibilizar as atividades dos Serviços que integram o Departamento de forma a obter a maior eficiência na utilização da capacidade instalada, nomeadamente ao nível da gestão de camas e na partilha de instalações e equipamentos;
- h) colaborar na elaboração dos planos anuais e plurianuais de atividade e respetivos orçamentos tendo em vista o processo negocial/"contratualização" com o Conselho de Administração;
- i) acompanhar a evolução da execução do plano anual contratualizado, propondo, se necessário, medidas corretivas, analisando, igualmente e em particular, as variáveis/indicadores, tais como: produção, produtividade, custos, qualidade, eficiência e eficácia tendo em vista a otimização dos recursos existentes e o previamente contratualizado;
- j) zelar pela atualização das técnicas utilizadas, promovendo as iniciativas adequadas à valorização, aperfeiçoamento e formação profissional do Pessoal afeto ao Departamento;
- k) promover políticas de articulação com os restantes Departamentos e demais Serviços Assistenciais do CHBV, E.P.E., não esquecendo, nesta articulação, o importantíssimo nível de cuidados que consubstanciam os Centros de Saúde, visando, nomeadamente e de forma **transversal**, a melhoria dos processos de prestação de cuidados de saúde;
- l) promover, em colaboração com as Direções de Serviço, a elaboração de protocolos terapêuticos/clínicos e garantir que toda a atividade do Departamento se oriente para a sua observância;
- m) implementar práticas e políticas de melhoria contínua da qualidade;
- n) promover, ao nível do Departamento, a realização sistemática de auditorias clínicas e acompanhar a sua execução;
- o) assegurar o registo de toda a produção realizada com vista ao seu lançamento estatístico e posterior faturação;
- p) assegurar a atualização e a revisão de processos clínicos de molde a garantir-se um sistema de registo rigoroso e exaustivo, salvaguardando-se, deste modo, a fiabilidade e segurança da correspondente e posterior codificação;

- q) coordenar a formação pré e pós-graduada dos Médicos em estreita articulação e concordância com a Direção do Internato Médico e respetivo Diretor de Serviço;
- r) coordenar as iniciativas técnico-científicas e de investigação dos diversos Serviços que integram o Departamento e acompanhar o processo de realização de ensaios clínicos;
- s) avaliar, periodicamente, os cuidados prestados na área de “Ação Médica” bem assim aqueles serviços que são disponibilizados pela área de “ Suporte à Prestação de Cuidados”, concretizando-se tal avaliação não só a nível interno mas, igualmente e em particular, relativamente, também, àqueles que são fornecidos por Entidades Externas ao CHBV, E.P.E. em regime de concessão;
- t) motivar Profissionais e Colaboradores de molde a conseguir-se uma atuação **conjunta** de acordo com os valores e objetivos globais do CHBV, E.P.E..

Artigo 42.º

Competências do Enfermeiro Responsável de Departamento

1. Em todos os Departamentos que integrem Serviços ou Unidades Funcionais de Ação Médica, haverá um Enfermeiro Responsável de Departamento. O Enfermeiro responsável de Departamento é nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Enfermeiro-Diretor. São competências específicas do Enfermeiro Responsável, para além das que se encontram definidas no n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-lei, N.º 437/91 de 8 de Novembro e sua legislação complementar (particularmente o Decreto-Lei, N.º 247/2009 e 248/2009 de 22 de Setembro.
 - a) compatibilizar, em articulação com as Chefias de Enfermagem, a filosofia e os objetivos da profissão de Enfermagem com a missão e a visão do CHBV, E.P.E.;
 - b) coordenar a elaboração, de acordo com a legislação em vigor e as orientações internas, dos horários de trabalho e dos planos de férias do Pessoal de Enfermagem afeto ao Departamento e exercer outras competências, relativas a Recursos Humanos, que, eventualmente, venham a ser delegadas;
 - c) participar na gestão funcional de toda a equipa multidisciplinar e multiprofissional, em estreita articulação e colaboração com os restantes Elementos da Direção do Departamento, podendo subdelegar competências a Chefias Globais ou Setoriais, salvaguardando, porém e sempre, a autonomia técnica específica de cada especialidade e profissão;
 - d) colaborar, com os restantes Elementos da Direção do Departamento, na decisão de matérias relativas à gestão de Recursos Humanos de Enfermagem;
 - e) elaborar o “Plano de Ação de Enfermagem” do Departamento;
 - f) elaborar propostas, no âmbito da gestão dos Profissionais de Enfermagem, devidamente fundamentadas, tendo em conta as necessidades qualitativas e quantitativas;
 - g) proceder à mobilidade interna de Enfermeiros no Departamento ou entre Departamentos após autorização ou determinação prévia do Enfermeiro Diretor;
 - h) desenvolver e incentivar um clima de trabalho participado e em equipa, dando particular atenção a reuniões periódicas de avaliação de cuidados, da produtividade e dos custos;

- i) colaborar na definição, divulgação e avaliação das políticas formativas e de investigação em Enfermagem;
 - j) colaborar na avaliação do Pessoal de Enfermagem;
 - k) acompanhar e avaliar, sistematicamente, aspetos relacionados com o exercício da atividade de Enfermagem bem assim aqueles que se relacionam com a sua formação;
 - l) colaborar, com o Enfermeiro-Diretor, na definição de padrões de cuidados de Enfermagem e de indicadores de avaliação dos cuidados de Enfermagem prestados;
 - m) colaborar na implementação e monitorização de sistemas de informação que permitam determinar necessidades em cuidados de Enfermagem;
 - n) implementar e monitorizar, em parceria com as chefias de Enfermagem, práticas de melhoria contínua da qualidade no âmbito dos cuidados de Enfermagem;
 - o) acompanhar a evolução da execução do Plano Anual contratualizado, propondo, se necessário, medidas corretivas, analisando, igualmente e em particular, variáveis/indicadores, tais como: produção, produtividade, custos, qualidade, eficiência e eficácia tendo em vista a otimização dos recursos existentes e o previamente contratualizado;
 - p) colaborar no registo de toda a produção realizada com vista ao seu lançamento estatístico e posterior faturação;
 - q) colaborar na preparação dos planos de ação e relatórios de atividades do Departamento;
 - r) coordenar a formação de Alunos das Escolas de Enfermagem em estreita articulação com o Enfermeiro-Diretor e, quando necessário, com os Responsáveis de Enfermagem dos restantes Departamentos e Serviços, assegurando a concretização dos objetivos da aprendizagem por parte dos mesmos;
 - s) no âmbito do Departamento, o Enfermeiro Responsável responde pela qualidade da assistência prestada dentro das regras da boa prática e da melhor gestão de recursos de Enfermagem;
 - t) avaliar, periodicamente, os cuidados prestados pelos Profissionais de Enfermagem bem assim aqueles serviços que são disponibilizados pela Área de “Suporte à Prestação de Cuidados”, concretizando-se tal avaliação não só a nível interno mas, igualmente e em particular, relativamente, também, àqueles que são fornecidos por Entidades Externas ao CHBV, E.P.E. em regime de concessão.
2. No caso específico do Departamento de “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”, haverá um Técnico Responsável de Departamento, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico. As funções deste Elemento são idênticas, **com as necessárias adaptações**, às do Enfermeiro Responsável de Departamento **no que concerne, em exclusivo, aos “Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica”**. No Departamento de que, agora, cuidamos, os profissionais de enfermagem dependerão hierarquicamente do Enfermeiro-Diretor.
3. No caso específico dos Departamentos, **que não o Departamento de “Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica”**, em que exerçam funções

Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, haverá um Técnico Responsável, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Diretor Clínico. As funções do Técnico Responsável são idênticas, **com as necessárias adaptações**, às do Enfermeiro Responsável de Departamento **no que concerne, em exclusivo, aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica**, prestando, igualmente, assessoria, nesta área, à Direção do Departamento ainda que **não** a integre.

Artigo 43.º

Competências do Gestor de Departamento

Constituem competências do Gestor de Departamento, acima referido, nomeadamente:

- a) garantir que a atividade do Departamento se desenvolva de acordo com as políticas estratégicas e os objetivos organizacionais definidos pelo Conselho de Administração;
- b) coordenar a elaboração, de acordo com a legislação em vigor e as orientações internas, dos horários de trabalho e dos planos de férias dos Colaboradores (Pessoal Técnico Superior, Administrativo e da área "Serviços Gerais") afetos ao Departamento e exercer outras competências, relativas a Recursos Humanos, que, eventualmente, venham a ser delegadas;
- c) participar na gestão funcional de toda a equipa multidisciplinar e multiprofissional em estreita articulação e colaboração com os restantes Elementos da Direção do Departamento, podendo subdelegar competências a Chefias Globais ou Sectoriais, salvaguardando, porém e sempre, a autonomia técnica específica de cada especialidade e profissão;
- d) coordenar, em estreita articulação com os restantes Elementos da Direção do Departamento, a elaboração dos planos anuais e plurianuais de atividade e respetivos orçamentos tendo em vista o processo negocial/"contratualização" com o Conselho de Administração;
- e) coordenar, em colaboração com o Conselho de Gestão, a elaboração do relatório anual de atividades do Departamento, submetendo-o, posteriormente, à apreciação do Conselho de Administração;
- f) acompanhar a evolução da execução orçamental bem como do plano anual contratualizado, propondo, se necessário, medidas corretivas, analisando, igualmente e em particular, as variáveis/indicadores, tais como: produção, produtividade, custos, qualidade, eficiência e eficácia tendo em vista a otimização dos recursos existentes e o previamente contratualizado;
- g) identificar oportunidades de melhoria de proveitos e de redução de custos;
- h) assegurar o registo de toda a produção realizada com vista ao seu lançamento estatístico e posterior faturação, colaborando com o Responsável da área "Gestão de Doentes" na implementação de medidas tendentes a otimizar a faturação e o financiamento;
- i) promover, ao nível do Departamento, uma política de informação interna que permita a todos os Profissionais e Colaboradores conhecer o funcionamento do seu Departamento e do CHBV, E.P.E. , no seu todo, bem como conhecer, igualmente, as orientações e diretrizes emanadas do Conselho de Administração;

- j) implementar um sistema de informação, fiável e credível, de apoio à gestão do Departamento e pôr em prática todas as medidas que assegurem a qualidade da informação produzida pelo mesmo;
- k) pensar um plano informático para o Departamento, convenientemente enquadrado no plano diretor informático do CHBV, E.P.E., submetê-lo à apreciação do Conselho de Gestão do Departamento, gerindo, em articulação (sempre próxima) com o “Serviço de Informática e Análise de Sistemas”, toda a atividade que, neste âmbito, venha a ser desenvolvida;
- l) avaliar, periodicamente, os serviços prestados pela área de “Apoio à Gestão e Logística”, concretizando-se tal avaliação não só a nível interno mas, igualmente e em particular, relativamente, também, àqueles que são disponibilizados por Entidades Externas ao CHBV, E.P.E. em regime de concessão;
- m) colaborar com o Gestor de Risco na implementação de medidas tendentes a incrementar níveis de segurança fiáveis e credíveis;
- n) centralizar todas as sugestões e reclamações, promovendo, em articulação com o Diretor do Departamento, a elaboração de informação, em tempo útil, solicitada pelo Gabinete do Utente e garantindo a implementação das medidas corretivas, sendo caso disso, aprovadas pelo Conselho de Administração;
- o) motivar Profissionais e Colaboradores de molde a conseguir—se uma atuação **conjunta** de acordo com os valores e objetivos globais do CHBV, E.P.E., promovendo a formação de consensos e o envolvimento, sistemático, dos Recursos Humanos afetos ao Departamento.

Artigo 44.º

Competências do Diretor de Serviço

1. Ao Diretor de Serviço de Prestação de Cuidados compete, com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas a outros Profissionais, planear e dirigir, em articulação com a Direção do Departamento, toda a atividade do respetivo Serviço, sendo responsável pela correção e prontidão dos cuidados de saúde a prestar aos Doentes bem como pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição, respondendo perante o Diretor de Departamento e/ou Diretor Clínico
2. Compete, em especial, ao Diretor de Serviço de Prestação de Cuidados, nomeadamente:
 - a) definir a organização da prestação de cuidados de saúde na observância das normas emitidas pelas Entidades competentes;
 - b) elaborar, de acordo com as linhas gerais previamente definidas, o “Plano de Ação do Serviço” e correspondente orçamento bem como o “Relatório de Gestão”;
 - c) analisar, mensalmente, os desvios verificados face à atividade esperada e verbas orçamentadas, corrigi-los ou, sendo necessário, propor as medidas corretivas;
 - d) assegurar a produtividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados e proceder à sua avaliação sistemática;

- e) promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade e de produtividade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
 - f) promover a elaboração de protocolos terapêuticos e garantir a sua implementação;
 - g) propor ao Diretor do Departamento e Diretor Clínico a realização de auditorias clínicas, ao nível do Serviço, e acompanhar a sua execução bem como propor, ainda e também e sempre que surjam dúvidas ou reclamações, a realização de auditorias externas a efetivar, por Entidades competentes, de acordo com a matéria em apreço;
 - h) acompanhar a realização de ensaios clínicos em que esteja envolvido o Serviço;
 - i) garantir a organização e constante atualização dos processos clínicos, designadamente através da revisão das decisões de admissão e alta, mantendo um sistema de codificação correto e atempado das altas clínicas;
 - j) garantir o registo atempado e correto da contabilização dos atos clínicos e providenciar pela gestão dos bens e equipamentos do Serviço;
 - k) definir critérios de marcação de consultas, de gestão de listas de espera em ambulatório, de cirurgia, de tratamentos,, de marcação de exames complementares de diagnóstico e acompanhar a sua efetivação;
 - l) garantir a total utilização dos tempos operatórios e de ambulatório atribuídos ao Serviço;
 - m) garantir a atualização das técnicas utilizadas, promovendo por si ou propondo aos órgãos competentes as iniciativas aconselháveis para a valorização, o aperfeiçoamento e a formação profissional dos Recursos Humanos afetos ao Serviço e organizar e supervisionar todas as atividades de formação e investigação;
 - n) tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos Utentes;
 - o) assegurar a gestão adequados dos Recursos Humanos, incluindo a avaliação interna do desempenho global dos Profissionais dentro dos parâmetros estabelecidos;
 - p) exercer o poder de direção sobre todo o Pessoal independentemente do regime de trabalho que o liga ao CHBV, E.P.E.;
 - q) promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a assegurar a salvaguarda dos ativos, a integridade e a fiabilidade dos sistemas de informação e a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis assim como o acompanhamento dos objetivos globais definidos;
 - r) assegurar a gestão adequada e o controlo dos consumos dos produtos mais significativos, nomeadamente medicamentos e material de consumo clínico;
 - s) assumir a responsabilidade pela formação dos Médicos Internos do seu Serviço, articulando-se com a Direção do Departamento e com a Direção do Internato Médico;
 - t) propor todas as medidas que julgue adequadas para a prossecução dos objetivos do Serviço.
3. O Diretor de Serviço pode delegar as suas competências, reservando, sempre para si, o controlo da atividade do mesmo. Isto é: a delegação não implica renúncia ao exercício das competências por parte do delegante, o qual continua a ser o respon-

sável, apesar da delegação, pela forma como a delegação é exercida. O delegante mantém uma responsabilidade “in eligendo” e “in vigilando”.

Artigo 45.º

Competências do Enfermeiro Chefe/Responsável de Serviço

1. Os Serviços e Unidades Funcionais, previstos no presente Regulamento Interno, são, no âmbito da Enfermagem, dirigidos por um Enfermeiro Chefe/Responsável, nomeado pelo Conselho de Administração sob proposta do Enfermeiro-Diretor, ouvido, previamente, o Enfermeiro Responsável de Departamento.
2. São competências do Enfermeiro Chefe/Responsável, designadamente:
 - a) supervisionar os cuidados de Enfermagem e coordenar, tecnicamente, a atividade de Enfermagem;
 - b) colaborar na preparação dos Planos de Ação e respetivos Relatórios referentes às atividades do Serviço;
 - c) promover a utilização otimizada dos recursos com especial relevo para o controlo dos consumos e utilização adequada dos equipamentos,
 - d) programar as atividades de Enfermagem, definindo, nomeadamente, as obrigações específicas dos Enfermeiros bem como as do Pessoal da área dos “Serviços Gerais” que, com eles, colabora, propondo medidas destinadas a adequar os recursos disponíveis às necessidades, particularmente aquando da elaboração de horários e planos de férias;
 - e) propor o nível e o tipo de qualificação exigidos aos Profissionais de Enfermagem em função dos cuidados de Enfermagem a prestar;
 - f) responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados;
 - g) promover a aplicação de programas de controlo da qualidade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;
 - h) promover a divulgação de informação com interesse para os Profissionais de Enfermagem;
 - i) exercer outras competências que lhe sejam delegadas bem como as definidas no n.º 1 do artigo 8.º do Decreto-Lei, N.º 437/-/91 de 8 de Novembro e sua legislação complementar.

Artigo 46º

Áreas de Prestação de Cuidados

Os Departamentos ou Serviços de prestação de cuidados desenvolvem as suas atividades, podendo atuar nas seguintes áreas:

1. Os cuidados em regime de internamento organizam-se de acordo com o seu grau de intensidade e especialização.
2. A cirurgia do ambulatório constitui um programa cirúrgico autónomo com a entrada e a alta do doente no mesmo dia.
3. A consulta externa é constituída pelo conjunto de prestações de cuidados em ambulatório, compreendendo a observação, o diagnóstico e o tratamento de doentes sem haver lugar a hospitalização.
4. A hospitalização de dia baseia-se em programas e protocolos específicos, de acordo com as especialidades médicas envolvidas.

5. A urgência segue um modelo no sentido de assegurar a adequação dos cuidados prestados, possui diretor e equipa profissional própria.
6. O serviço domiciliário destina-se a apoiar a continuidade dos cuidados hospitalares no domicílio numa perspetiva de reintegração nos cuidados primários de saúde, baseando-se num programa próprio e em protocolos de cuidados e serve a população da área de influência física do CHBV.
7. Os meios complementares de diagnóstico reportam-se à realização de atos de diagnóstico destinados predominantemente ao fornecimento de dados necessários à identificação do estado de saúde dos doentes, enquanto que os meios complementares de terapêutica se destinam principalmente à realização de cuidados ou de reabilitação.

Artigo 47.º

Departamentos, Serviços e Unidades de Prestação de Cuidados

A estrutura organizacional do CHBV contempla a existência dos seguintes Departamentos, Serviços e Unidades de prestação de cuidados.

1. Departamentos:
 - a) Departamento Médico;
 - b) Departamento Cirúrgico;
 - c) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;
 - d) Departamento da Mulher e da Criança;
 - e) Departamento de Urgência/Emergência e Medicina Intensiva;
 - f) Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
2. Os Serviços e Unidades Funcionais constam no organigrama anexo ao presente Regulamento Interno do qual faz parte integrante.
3. Os Serviços e Unidades de prestação de cuidados podem vir a ser alterados ou podem ser criados outros, conforme as necessidades e de acordo com a avaliação que sobre eles for efetuada pelo CA.

SECÇÃO II

Serviços de Apoio Direto à Prestação de Cuidados

Artigo 48.º

Serviços de Apoio Direto à Prestação de Cuidados

1. Os Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados são os seguintes:
 - a) Esterilização
 - b) Serviços Farmacêuticos;
 - c) Serviços de Nutrição e Alimentação;
 - d) Serviço Social;
 - e) Gabinete do Utente;
 - f) Arquivo Clínico;
 - g) Assistência Espiritual.
2. Para além destes Serviços, será constituída a Equipe de Gestão de Altas integrando, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social, para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros Serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de

convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência do CHBV.

SECÇÃO III

Serviços de Apoio Logístico Geral

Artigo 49.º

Enumeração

A estrutura organizacional do CHBV compreende os seguintes Serviços de Gestão e Logística:

- a) Serviços de Gestão de Doentes;
- b) Serviços Financeiros;
- c) Serviços de Gestão de Recursos Humanos
- d) Serviço de Aprovisionamento e Gestão de Materiais;
- e) Serviços Hoteleiros;
- f) Serviço de Informática e Análise de Sistemas;
- g) Serviço de Instalações e Equipamentos;
- h) Serviço de Investigação e Formação.

CAPÍTULO V

Gestão de Recursos

Artigo 50.º

Manuais de Procedimentos

A gestão especializada de cada um dos diferentes recursos utilizados pelo CHBV pode ser objeto de um manual com a identificação e a descrição dos respetivos processos e procedimentos.

Artigo 51.º

Recursos Humanos

1. A gestão dos recursos humanos rege-se pelos artigos 14.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º e 19.º do Decreto-Lei, n.º 233/2005 de 29 de dezembro.
2. Sem prejuízo do que contar em convenção coletiva de trabalho, o regime de recrutamento e seleção de pessoal e o regime de carreiras de pessoal, serão aprovados por deliberação do CA.
3. O CHBV disporá de quadro próprio referente ao pessoal em regime de contrato individual de trabalho a ser definido anualmente por deliberação do CA.

Artigo 52.º

Recursos Financeiros

A gestão dos recursos financeiros rege-se pelos artigos 10.º, 11.º e 12.º do Decreto-Lei, n.º 233/2005 de 29 de dezembro e pelos artigos 22.º, 23.º, 24.º e 25.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao Decreto-Lei, n.º 233/2005 de 29 de dezembro.

Artigo 53.º

Património

Aplica-se ao património o disposto nos artigos 3.º e 4.º do Decreto-Lei, n.º 233/2005 de 29 de dezembro.

Artigo 54.º

Aquisição de Bens e Serviços e Contratação de Empreitadas

A aquisição de bens e serviços e a contratação de empreitadas de obras públicas rege-se pelas normas estabelecidas no Decreto-Lei, n.º 18/2008 de 29 de janeiro.

CAPÍTULO VI

Garantias

Artigo 55.º

Gestão do Risco

1. O CHBV assegurará a manutenção de um sistema de gestão de risco, assente em atividades de identificação, de avaliação de riscos potenciais, de prevenção e de controlo de perdas.
2. Para o efeito, o CHBV desenvolverá um sistema de informação baseado em incidentes e ocorrências e definirá, para cada risco, estratégias de minimização ou transferência, consoante as circunstâncias.
3. O CHBV manterá operacional um plano de emergência para desastres internos ou externos, o qual consta de documento avulso.
4. O CHBV desenvolverá e manterá operacional um plano específico destinado à segurança de pessoas (utentes, profissionais, voluntários e visitantes) e bens.

Artigo 56.º

Confidencialidade

O CHBV definirá uma política de confidencialidade para assegurar a proteção dos dados e a informação relativa a doentes e colaboradores.

CAPÍTULO VII

Disposições Finais

Artigo 57.º

Remissões

A remissão para os diplomas legais e regulamentares feitas no presente regulamento considerar-se-ão efetuadas para aqueles que venham a regular, no todo ou em parte, as matérias em causa.

Artigo 58.º

Regulamentação Complementar

Compete ao CA a regulamentação e a definição de normas complementares ou interpretativas para a aplicação do presente regulamento.